

I. Buen trato a mayores

I.1. Educar para el “Buen Trato”. Prevención, sensibilización y capacitación

Lourdes Bermejo García

Pedagoga. Doctora en CC de la Educación

Consultora en Gerontología. Santander

Intentando acercarnos al concepto “Buen Trato”

Los cambios sociales recientes (mejora de los niveles culturales y económicos de los mayores, mayores cotas de derechos ciudadanos y garantías individuales, el avance de la mujer en el entorno público y social, etc.) están, indudablemente afectando a las relaciones de los ciudadanos, y por tanto, al tema que nos ocupa.

Lo que considerábamos “buen trato” hace 20 años es diferente a lo que las personas mayores actuales entienden como tal. Afortunadamente se ha elevado considerablemente en muchos mayores el umbral de lo que consideran como “buen trato” y “trato digno” acercándose más a lo que deseamos aquellos que formamos parte de la generación de personas adultas entendemos.

El derecho a ser informado, al respeto a la dignidad, a la intimidad o a la privacidad, y que la persona pueda decidir sobre los aspectos esenciales de su vida (tal y como siempre hizo) mientras se sea capaz de ello; **son derechos cuya vulneración genera situaciones de trato inadecuado** y de mal trato. Sin embargo, estos mismos hechos no se hubieran considerado tan relevantes hace años. ...

No podemos desligar las reflexiones referidas al “buen trato” hacia las personas mayores con el momento social y de los recursos de atención actuales. Todos los avances experimentados (en lo económico, en lo social –con el reconocimiento de derechos–, en el estado del bienestar –con una mayor profesionalización de los recursos–...) nos conducen a reflexionar acerca de la calidad que ofrecemos, pero no me refiero a la calidad de asistencia sino a **la calidad de vida** que posibilitamos a las personas. Proporcionar un “buen trato” es un indicador clave de la calidad humana y profesional de nuestras intervenciones y recursos.

Desde mi punto de vista, en este tema, además de prevenir las situaciones de maltrato, los profesionales tenemos pendiente ahondar en lo que supone el “buen trato”, es decir, cómo generar formas de comunicación, relación y acción que generen bienestar en las personas mayores.

Pero empecemos por el principio. En este terreno del trato inadecuado y del “buen trato” a las personas mayores ¿hablamos todos de lo mismo?

Lo obvio no está siempre tan claro ni es tan sencillo

Pensemos en una situación en la que la persona recibe el mejor trato posible, y otra en la que esta misma persona recibe uno inadecuado e indigno (un mal trato). Ahora imaginemos que trazamos una línea entre estos dos polos opuestos de relación y actuación. Sería una larga línea discontinua que uniría el mejor y el peor trato. Ésta línea simboliza la enorme variabilidad de situaciones y vivencias que pueden darse entre las personas mayores y aquellos con los que se relacionan o conviven.

Si buscamos compartir el significado de estos conceptos relacionados con el trato, seguro que en el polo negativo tenemos menos dudas y sería más fácil llegar a acuerdos —a pesar de la evidente complejidad del tema—. Sin embargo, ¿Qué sucede en el resto de este amplio espectro? ¿Sabemos en que consiste el “buen trato”? ¿Qué variables individuales hemos de tener en cuenta para favorecerlo?

En lo relativo al “buen trato”, tal vez no somos todavía concientes de la enorme influencia de los factores más subjetivos o simplemente no sabemos manejarlos adecuadamente, y por tanto, avanzar hacia el “buen trato”. Veamos un ejemplo, para un profesional de cualquier servicio de atención a personas ¿La idea de “buen trato” es única y estándar? Es decir, ¿Tiene la misma valoración una conducta si es él quien la protagoniza o si ese mismo comportamiento lo recibiera su madre incluso ella misma cuando sea mayor?

Lo habitual es que el umbral de lo que consideramos *deseable* cambie considerablemente dependiendo de los actores implicados: no es lo mismo ver el toro desde la barrera que ser nosotros el torero. No es igual tener el control de una relación —actuando como profesionales—, que estar sometidos al criterio o al poder de la institución, como les sucede a muchos ciudadanos mayores.

Educarnos y capacitarnos para el “buen trato” implica cuestionarnos y respetar los **factores más sutiles y relativos a la individualidad de cada persona**. La forma de vida que ha tenido cada persona, su personalidad, el modo en que ha desarrollado previamente su autonomía moral, sus valores, cogniciones, expectativas, deseos y costumbres, ... todo ello va a configurar un sistema que va a influir poderosamente en cómo vive ahora su situación actual. Con todo este bagaje, la persona valorará y afrontará relaciones y comportamientos actuales. Por ejemplo, si teniendo capacidad de actuación y decisión ésta se

viera limitada o impedida porque los trabajadores de la residencia o sus familiares no le permitieran, —eso sí, por su bien—, ejercerla. Si este ciudadano tiene la capacidad y deseo de continuar *gobernando* su vida ¿ello no constituiría una forma de maltrato?

Así hablar de “buen trato” es hacerlo a relativo a personas específicas, sabiendo que cada una tiene necesidades, pero también una cultura, un sistema de valores y una sensibilidad que lo diferencia de los demás. Circunstancia que lejos de ser vivida como algo *incómodo* para nuestro trabajo, su defensa constituye la esencia del mismo. Por ello **debemos adaptar nuestro estilo de relación y comportamiento a lo que la persona establece como deseable y exigible, para realmente poder proporcionar ese “buen trato” que merece.**

Una dificultad que nos encontramos para poder hacerlo nace de la enorme heterogeneidad de las personas usuarias y de la necesidad de compartir espacios y actividades. Esta gran variabilidad exige a las personas convivir con otras con muy diferentes características, necesidades y deseos. Personas que presentan situaciones de dependencia, pero sobre todo, de autonomía muy diversas.

El trabajo en los recursos siempre va a requerirnos hacer grupos de usuarios. Y aunque todo criterio para la agrupación de personas presenta limitaciones y puede conllevar errores, hay que tratar de hacer grupos lo más adecuados posible pensando más en el bienestar de sus integrantes que en nuestra comodidad (como organización o como trabajadores). Ello nos va a llevar tener que profundizar en, al menos, dos dimensiones básicas de capacidad personal: independencia y autonomía.

Si bien es cierto que en la literatura gerontológica se han empleado como sinónimos, ser capaces de *no confundirlos* nos va a permitir conocer y adecuar nuestra praxis profesional y proporcionar el mejor trato posible. Promover el desarrollo de la persona, es buscar dos metas que aunque diferentes resultan interdependientes: La promoción de su Autonomía (*prevención de la heteronomía*) y la promoción de su Independencia (*prevención de la dependencia*). Hacerlo ofreciendo oportunidades reales para que las personas vivan experiencias y empleen sus capacidades, favoreciendo su bienestar y calidad de vida.

Desde el punto de vista organizativo, en base a estas dos dimensiones podemos establecer cuatro grandes subgrupos de personas mayores en las que el “buen trato” tendrá características y significados, aunque siempre diversos, pero que nos permitan encontrar *claves* comunes. Y en los que no proporcionarlo, también generará impactos negativos diferentes.

Cruzando ambas dimensiones distinguiremos, al menos entre cuatro grandes subgrupos de usuarios.

Independencia funcional	C	D
	A	B
	Autonomía moral	

Tabla I. Subgrupos de personas usuarias de los recursos gerontológicos

- A) Personas con baja autonomía moral (mayor heteronomía) y baja independencia funcional (mayor dependencia) –A–. Son personas muy frágiles, con un alto deterioro cognitivo y funcional. No poseen capacidad para gestionar su vida ni para tomar decisiones y a veces solo pueden comunicarse manifestando preferencias, desagrado o disconfor. Dependen siempre de otras personas para satisfacer sus necesidades más elementales y a medida que se agrava su situación y pierden capacidades, requieren más cuidados¹ que apoyos² y llegando a ser éstos de gran intensidad.
- B) Personas con alta autonomía moral y baja independencia funcional (mayor dependencia) –C–. Son personas que poseen capacidad para mantener el control de vida, aunque necesitan apoyos de diferente estilo e intensidad para realizar las actividades de la vida diaria. Tienen un gran potencial para la toma de decisiones y para la gestión de su vida, y por tanto, para su participación activa en los centros. Las personas con estas características son muy sensibles a la forma de trato que reciben y a la calidad humana de las interacciones.
- C) Personas con baja autonomía moral (mayor heteronomía) y alta independencia funcional –B–. Son personas con dificultades severas para decidir sobre aspectos complejos de su vida aunque si tienen capacidad para realizar elecciones más simples, manifestar preferencias y para desarrollar, por si mismas, algunas actividades de la vida diaria. Suelen necesitar validación, apoyo, motivación y supervisión, más que cuidados, proporcionárselo es darles “buen trato”.

¹ El término cuidado parte de un referente conceptual biomédico ligado a la falta de capacidad, a la imposibilidad. Es más paliativo, más proteccionista y menos estimulador. Habla de evitar complicaciones, de minimizar riesgos para favorecer el bienestar personal. Son acciones que ayudan al otro desde un plano de desigualdad (pues el que cuida tiene más poder y, por ello, le confiere al otro un papel más pasivo, que dificulta ejercicio de ciertos derechos). Proporcionar cuidados es muy importante, por supuesto, para paliar deterioro y sufrimiento.

² El término apoyo parte de un referente conceptual de desarrollo, de potenciación, de capacidad. Pretende facilitar o ayudar al otro en lo que no puede hacer. Le reconoce sus derechos aunque tenga dificultades y limitaciones para su ejercicio. Busca la promoción de la persona asumiendo riesgos para favorecer el crecimiento y el bienestar personal.

D) Personas con alta autonomía moral y alta independencia funcional –D–. Estas personas viven en su casa, o con sus familiares, y pueden participar en actividades de los centros cívicos, de mayores, y de cualquier otro tipo. La prevención primaria, como veremos mas adelante, les resulta muy valiosa.

Identificar estos subgrupos de usuarios y analizar la calidad del trato que se le presta a cada persona –valorando su idoneidad y el bienestar que produce– constituyen tareas idóneas para los equipos que quieran mejorar el “buen trato” en sus servicios.

Pero además de más individuales, se encuentran otras **variables de corte más grupal** que quienes llevamos muchos años trabajando con personas mayores observamos con gran interés. Las enormes diferencias de todo tipo (sociales, económicas, culturales, educativas) que presentan las generaciones de mayores más jóvenes con respecto a las que encontramos hace años nos confirman cómo el concepto y el derecho a recibir “buen trato” también ha cambiado para los propios mayores.

El aumento espectacular de diferentes modos de vida, y por tanto de envejecer: la enorme pluralidad de estilos de relación entre miembros de una misma familia -conviviendo familiares que mantienen formas de vida muy tradicionales con otros que actúan de modo que los mas mayores nunca imaginaron-, está haciendo que lo que denominamos “buen trato” sea cada vez más difícil de definir, pues lo que es deseable para unas personas y relaciones, no lo es para otras.

También la aplicación del **Paradigma del Envejecimiento Activo**, referente imprescindible en la intervención y organización profesional, ofrece importantes matices acerca de lo que es el “buen trato”. Si aceptamos que la meta de toda intervención gerontológica es mejorar calidad de vida de las personas mayores, **no podemos obviar el significado que para cada persona tiene de su bienestar personal**, siendo los profesionales quienes estamos al servicio de éstas para ayudarles, en lo posible, a que se haga realidad.

Este paradigma define los conceptos y aspectos que debemos considerar nuestras metas (calidad de vida de la persona, desarrollo de sus dimensiones, ejercicio de sus derechos, participación, autodeterminación, etc.) pero será tarea nuestra ser capaces de que éstos se hagan realidad en cada persona. El primer paso que debemos dar si queremos dar “buen trato” a las personas es conocerlas y respetar sus criterios, opiniones y valores. Tratar de hacer realidad lo que cada persona valora como calidad de vida (aspectos y necesidades debe satisfacer para lograrla, si desea ejercer sus derechos -a la información, a decidir en los asuntos que el afectan como relaciones, bienes, etc.-, etc.). Saber sus deseos, su opinión, y considerarla supondría reorientar nuestras intervenciones primando más facilitar compañías, relaciones y vivencias satisfactorias para las personas.

A partir de este momento podemos estar en condiciones, con sensibilidad y profesionalidad, de proporcionar el mejor trato posible.

*Ellos son quienes deben definir el tipo de trato que desean y merecen.
Nosotros deberemos adecuar nuestras formas de relación personal y actuación profesional a lo que ellos consideran deseable.*

Pero hablar de “buen trato” es también cuestionarse acerca de las limitaciones, de si nuestro sistema organizativo lo facilita y promueve. Y bien sabemos que en la mayoría de entornos institucionales no es sencillo.

Los sistemas actuales de organización, más centrados en la calidad asistencial (en los planes, programas y profesionales), que en la verdadera **calidad de vida de la persona y en su bienestar psicoemocional** (definidos por la propia persona) no son el mejor entorno para el “buen trato”. Se han ido consolidando estilos de relación interpersonal y de intervención profesional que fácilmente confunden los medios con fines, entre los que deberían figurar facilitar el ejercicio de los derechos de las personas usuarias y proporcionarles **el mejor trato posible**.

Promover el “buen trato” institucional requiere cuestionarse si el peso de lo normativo es el adecuado o si esta sobredimensionado. También si el modo de desempeño profesional de cada miembro del equipo logra que las personas se sientan valiosas y, se esfuerza por minimizar, que las personas –por ejemplo aquellas que sufren dependencia pero que son más autónomas– sientan la residencia como una institución total.

El concepto de *institución total* nos ayuda a ejemplificar lo que constituye un mal trato institucional. Goffman llamó **institución total** a aquella que suponía una ruptura brutal con la forma de funcionamiento y organización de la vida normal (la que existe fuera de sus muros) y a la que sus moradores debían someterse para “sobrevivir”.

Algunas características de estas instituciones, desgraciadamente, no nos resultan desconocidas: espacios despersonalizados y monótonos, una sola autoridad (los profesionales y responsables) que reglamenta lo que está o no permitido y cómo se organizan el día a día, la vida se hace casi siempre en grupo y el trato resulta homogeneizante, con escasas posibilidades de disponer de espacio privado o que sea de baja calidad (escasamente personalizado y frecuentemente compartido, etc.).

En estas organizaciones los objetivos institucionales son prioritarios sobre los de las personas (los programas y actividades son obligatorias pues se debe asegurar cumplir los

objetivos previamente establecidos). Los recursos con estos rasgos son generadores de dependencia y de heteronomía y, desde luego, no promueven la dignidad de las personas ni el “buen trato”.

Algunas reflexiones y propuestas para el avance

Avanzar en este tema va a requerir por parte de todos (trabajadores, profesionales con funciones directivas y responsables políticos) enormes esfuerzos de sensibilidad, humildad y creatividad.

Desde mi opinión deberíamos realizar esfuerzos en tres direcciones:

- 1.- Nivel Micro: para establecer, en nuestra realidad cotidiana, relaciones *empoderadoras* con los mayores, es decir, reconocer y facilitar la satisfacción de todas sus necesidades y derechos.
- 2.- Nivel Meso: en el plano organizacional e institucional para empoderar grupos y organizaciones (servicios, recursos, centros, asociaciones, etc.)
- 3.- Nivel Macro: a nivel social, mejorar el nivel ético y de reconocimiento de los derechos para todos los ciudadanos (en el que, por supuesto, están incluidos los mas mayores, padezcan o no dependencia y/o heteronomía).

A nivel Micro hablar de empoderar es ayudar a una persona a que se capacite para lograr tus propios objetivos. Las personas que se empoderan experimentan procesos de aprendizaje en la toma de decisiones y en el manejo de recursos (más adelante me referiré a algún ejemplo en esta línea).

Empoderar a las personas es partir de sus criterios y preferencias y de sus dimensiones de capacidad personal tratar de adaptar nuestra relación y propuesta de intervención profesional. Es decir, reconocer en la práctica cotidiana sus derechos y convertirnos en sus valedores.

A nivel Meso en el sentido de repensar nuestras estructuras organizativas para que se reorienten a la meta (la calidad de vida de las personas y no solo a la calidad asistencial). Generando procesos y fortaleciendo estructuras de participación adecuadas a las características e intereses de las personas mayores, ofreciendo entornos en los que puedan utilizar (entrenar) sus competencias y mantener su autodeterminación y el ejercicio cotidiano de sus derechos.

A nivel Macro desarrollando acciones que refuercen en los ciudadanos la idea de que en nuestra sociedad **los derechos son para todas las personas**, incluidas las de más edad, independientemente de su estado de salud o capacidad para ejecutar ciertas acciones.

Esta progresión en los derechos ha de materializarse en oportunidades concretas para su ejercicio parte de todas las personas, incluidas las que padecen dependencia y/o heteronomía.

A nivel micro y con el fin de empoderar los mayores

Promover el “buen trato” es favorecer que los ciudadanos de edad sean capaces de exigir y definir el “buen trato” que merecen. Habría que promover más actividades socioeducativas con los mayores para prevenir el mal trato y promover el adecuado.

El Programa “Saber envejecer. Prevenir la dependencia” (posible gracias al resultado del trabajo de un amplio equipo interdisciplinar de profesionales de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y al patrocinio de Obra Social Caja Madrid) ofrece materiales didácticos para desarrollar programas socioeducativos con mayores desde el punto de vista del envejecimiento activo y el empoderamiento. De entre los temas que ofrece se encuentra éste del “buen trato”. Esta iniciativa, con un formato sencillo pero profundo logra, de forma muy acertada a mi entender, ofrecer aspectos concretos para la reflexión. A fin de ejemplificar el estilo de este abordaje presento algunas de las cuestiones que se abordan:



Figura 1. Cuadernillo referido al “buen trato” del Programa “Saber envejecer. Prevenir la dependencia”

1. - *¿Cuándo no nos están tratando con respeto?*
2. - *¿Qué puedo hacer para que me traten como merezco?*
3. - *Empezando por mí mismo*
4. - *Como ejercer nuestros derechos*

Tabla 2. Contenido del cuadernillo referido al “buen trato” (Programa Saber Envejecer)

En material ofrece sugerencias para los mayores tan valiosos como las siguientes

1ª Ser conscientes de nuestro VALOR como personas y defender nuestro derecho a que ese valor se reconozca.

2º Tomar DECISIONES sobre nuestros asuntos (las pertenencias, la correspondencia, el dinero...). Y si necesitamos que nos aclaren algo (cuentas, testamentos...) para eso están los amigos y los profesionales. Nosotros podemos decidir quién y cómo nos ayudan. La última palabra debe ser la nuestra.

3º SEGUIR EN CONTACTO con el mundo. Hay que disfrutar con los demás:

- Mantener ese buen amigo o vecino con el que se puede hablar abierta y claramente. Una llamada, una visita es la mejor inversión.
- PARTICIPAR en actividades sociales y de la comunidad que permitan conocer gente nueva.

**Cada uno de nosotros PODEMOS HACER MUCHO
para que los demás NOS RESPETEN.**

- En primer lugar, no debemos aceptar esa imagen negativa que la sociedad transmite, muchas veces, de las personas mayores.
- Corremos el peligro de llegar a pensar nosotros también que no somos capaces de hacer cosas que realmente sí podemos hacer.
- Es importante que sigamos haciendo todo aquello de lo que seamos capaces, aunque tardemos más o lo hagamos a NUESTRA MANERA.

Tabla 3. Recomendaciones para los mayores contenidas en el Programa Saber Envejecer

Por otra parte, en los recursos de atención a las personas con dependencia, es posible que a partir de la rutina, caigamos en formas de trabajo y relación con las personas que generen: despersonalización infantilización en el trato, poco cuidado en el respeto a su intimidad, manejo de sus objetos sin su consentimiento, rigidez excesiva en normas y horarios, etc.

Los principios de la bioética nos abren espacios para la reflexión y, sobre el trato adecuado

El Principio de	Nos obliga a
<i>Beneficencia</i>	→ Hacer el bien a la persona. Establecer relaciones personalizadas (trato digno y respetuoso) y promover <i>su bien</i> (su bienestar).
<i>No-maleficencia</i>	→ No hacerle daño y evitarle todo mal posible. Incluye evitar el trato impersonal (ser tratado con desinterés, manejado más como un objeto que como un sujeto/ persona, trato <i>rutinizado</i>) y el mal trato .
<i>Autonomía</i>	→ Respetar su libertad y capacidad de decisión, ofreciendo oportunidades accesibles y significativas a la persona, atendiendo su circunstancia vital actual, y respetar sus decisiones. (Estimular Autonomía moral)
<i>Justicia</i>	→ Tener igual consideración y respeto para todos, sin ningún tipo de discriminación o marginación por sus capacidades o discapacidades. Es también, garantizar el bien común.

Tabla 4. Principios de la Bioética y “buen trato”

También existen condicionantes que nos pueden llevar a realizar una mala práctica profesional que implique trato inadecuado como, por ejemplo: la falta de competencias para afrontar relaciones y situaciones difíciles o para tolerar situaciones que nos generan **frustración personal y profesional**. Nuestra desmoralización y falta de ilusión y motivación por el trabajo siempre repercute en la calidad de la comunicación y el trato que damos. Creo que no debemos olvidarlo.

A nivel meso y desde el punto de vista institucional

Es necesario lograr que los programas traten de promover tanto la Independencia como la Autonomía de las personas. Deberemos asegurarnos que las intervenciones profesionales posean un verdadero carácter preventivo, redefiniendo los objetivos de los planes y programas desde las dos *dimensiones básicas de capacidad personal*. Algunas posibilidades de **prevención** podrían ser:

Tipo	Objetivos Generales	Objetivos específicos
Prevención Primaria (Riesgo POCO apreciable)	<p>DEPENDENCIA Disminuir incidencia de la dependencia en las personas más independientes.</p> <p>HETERONOMÍA Disminuir incidencia de heteronomía en las personas más autónomas (Reconocimiento y ejercicio de derechos. Dignificar)</p>	<p>DEPENDENCIA Minimizar factores psicosociales y situaciones de riesgo relacionados con la aparición de la dependencia. Ofrecer propuestas significativas para el ejercicio de capacidades Empoderar: permitir aumentar responsabilidad de la persona Combatir estereotipos negativos</p> <p>HETERONOMÍA Sensibilización y formación a las PM sobre sus derechos (promoción de respeto, comprensión, aceptación y validación). Optimizar capacidad de decisión y control de vida propia Reducir al mínimo los factores de riesgo (recomendar cambios en la persona y a adaptar el entorno) Sistemas de organización, intervención y relación pensados para evitar o ralentizar su aparición</p>

<p>Prevención Secundaria</p> <p>Minimizar riesgos identificados</p>	<p>DEPENDENCIA Disminuir efectos de la dependencia. Minimizar factores que generan más dependencia. Diagnosticar interdisciplinariamente.</p> <p>HETERONOMÍA Minimizar factores que generan mas heteronomía Diagnosticar influencia del entorno y de las relaciones en ésta.</p>	<p>DEPENDENCIA Optimizar posibilidades de reversión, mejorar pronóstico. Realizar adecuada evaluación diagnóstica / pronostica: definir intensidad de apoyos y/o cuidados. Minimizar posibles peligros ambientales y otros factores de riesgo (pasividad, desmotivación, etc.). Favorecer oportunidades de participación y uso de capacidades. Validación personal. Revisiones y readaptaciones periódicas de apoyos y/o cuidados. Actitud constante de explorar nuevas posibilidades de intervención.</p> <p>HETERONOMÍA Estimular capacidades existentes (ofrecer opciones). Participación en actividades y relaciones <i>significativas</i>. Mantenimiento de confianza y autoestima. Promover expresión de preferencias y emociones. Validación. Identificación de residentes mas vulnerables al <i>trato inadecuado</i> (residentes de alto riesgo). Detectar sobrecarga en cuidadores y del <i>burnout</i> Minimizar uso de contenciones (buscar alternativas).</p>
<p>Prevención Terciaria</p> <p>(Minimizar efectos)</p>	<p>DEPENDENCIA Disminuir aparición de complicaciones en personas con dependencia</p> <p>HETERONOMÍA Evitar nihilismo terapéutico y <i>malas prácticas</i></p>	<p>DEPENDENCIA Abordar problemas, aminorar consecuencias y complicaciones. Promover bienestar y confort. Evitar malestar.</p> <p>HETERONOMÍA Realizar cuidados atendiendo su dignidad (respetar preferencias previas). Detectar sobrecarga en cuidadores y del <i>burnout</i>, prevenir <i>deshumanización y encarnizamiento terapéutico</i>..</p>

Tabla 5. Prevención de dependencia y de heteronomía: una propuesta de objetivos

Para finalizar y a modo de epílogo

Facilitar “buen trato” en los servicios de atención a las personas mayores requiere.

1. **Que recordemos** algunas ideas básicas sin las cuales probablemente estemos proporcionando, si querer, un trato inadecuado:
 - **Que todas las personas compartimos necesidades**, somos muy similares (*ellos y nosotros*). Las necesidades de carácter más básico (de salud, de bienestar físico, de higiene, a veces, de cuidados...), pero también de otras más complejas: De reconocimiento, de desarrollo personal, de mantenimiento de la identidad personal y autoestima, de afecto, de saberse valioso, querido e importante para *alguien*, reconocido y aceptado con nuestras limitaciones y posibilidades actuales.
 - Que todos compartimos la misma META ser capaces de *abordarlas*, de ayudarle a satisfacer todas sus necesidades y, por tanto favorecer la calidad de vida de las personas.
 - Que estos servicios se crearon para **dar repuesta a las necesidades de las personas**. Es decir, que nosotros **estamos al servicio de las personas usuarias**, y no al contrario. La *calidad asistencial* solo puede serlo, si esta orientada hacia la **calidad de vida** de las personas usuarias (no equivoquemos *los fines* con *los medios*).
 - Que solo podemos lograrlo JUNTOS: *Nos necesitamos* todos (profesionales y disciplinas diferentes, visiones complementarias, estilos y herramientas de abordaje diversas) y trabajando JUNTOS, *en equipo* interdisciplinar.

2. **Que emprendamos pronto la tarea**

- Respetando la identidad (peculiaridades) de cada persona y estimular el mantenimiento de su rol adulto (experiencia de competencia y procesos de toma de decisiones).
- Diseñando ambientes que ofrezcan oportunidades para elegir y expresar preferencias (oportunidades para establecer relaciones y acciones)
- Repensando, mirando con *espíritu crítico* los aspectos organizativos de los recursos, nuestras formas de trabajo, pero también los aspectos más relacionales de los mismos (las relaciones humanas, la calidad de la comunicación y los vínculos y expresiones de afecto).
- Reilusionándonos cada uno y retomar parte de esa energía y alegría, a veces perdida, por trabajar con estas personas en los entornos y con las limitaciones que tenemos.

Precisamente si en algo deberíamos diferenciarnos las sociedades que nos consideramos avanzadas sería en la defensa de los derechos de aquellos que son más vulnerables. Ofreciendo servicios centrados en las personas y no tanto en los profesionales ni en sus programas.

*Dar un “buen trato” es aterrizar en la práctica el concepto de calidad de vida
Y hacer realidad los derechos de las personas generando procesos y estructuras
participativas **adaptadas a sus características y deseos.***

*Y, no olvidemos, que si nosotros fuéramos ellos, lo que realmente nos gustaría
es que nos trataran bien*

Referencias

- Sancho CM, Yanguas J, Díaz RP, Pérez SP, Bermejo L, Mesa P, Gómez J, Ruipérez I y Gutiérrez B. Saber envejecer y prevenir la dependencia: Un modelo para el diseño de materiales didácticos. Revista Española de Geriátría y Gerontología; 2006. p. 41, 2-16.
- Cuadernillo,
http://www.obrasocialcajamadrid.es/ObraSocial/os_cruce/0,0,70055_0_0_0,00.html,
Díaz RP, Bermejo L, y Yanguas, J (2007): *Guía Didáctica “Saber envejecer y prevenir la dependencia”*. Madrid: Obra Social de Caja Madrid.
- Goffman, Erving. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales: Buenos Aires Editorial Amorrortu; 1970 (original de 1961).

I.2. Papel de los medios de comunicación

Loles Díaz Aledo

Directora de “El club de la vida” programa para mayores emitido durante los últimos 20 años en Radio 1 de RNE

Periodista. Madrid

Esquema de la intervención

- Un preámbulo para ponernos en situación utilizando como herramienta el lenguaje.
- Los medios de comunicación frente al maltrato de los mayores.
 - ¿Qué imagen dan los medios de las personas mayores? ¿Al presentar a las personas mayores como lo hacen, están ejerciendo algún tipo de maltrato?
 - ¿Contribuyen a que la sociedad tome conciencia del maltrato que sufren los mayores?
- Las personas mayores reclaman su derecho a una imagen social pertinente.
- El cambio de imagen es posible.
- ¿Qué se puede hacer desde los medios de comunicación para luchar contra esta lacra social?

A modo de preámbulo

Les invito a ir haciendo mentalmente un ejercicio de memoria respondiendo a unas preguntas:

- ¿Qué es lo último que recuerdan haber leído en un periódico o revista, escuchado en una emisora de radio, visto en un programa de televisión, sobre personas mayores?
- ¿Qué lenguaje, qué expresiones se utilizaban para referirse a este colectivo?
- ¿En qué sección o apartado se incluía la información?
- ¿Cuál era el asunto que se trataba?
- ¿En qué fecha era, en qué estación del año? ¿Quizá en verano?

Intenten recordar también la última vez que, en una cena entre amigos, en una charla con compañeros de trabajo o en un autobús, por ejemplo, participaron en una conversación, o escucharon a otros hablar sobre las personas mayores

- ¿Qué palabras se utilizaban?
- ¿Qué imagen de mayor se ponía de manifiesto?

Les invito igualmente a abrir las páginas de un diccionario de sinónimos y buscar palabras que se utilicen para expresar lo mismo que “viejo”. Yo lo he hecho y esto es lo que he encontrado: **anciano, senil, caduco, decrepito, cascado, otoñal, longevo, vetusto, vejestorio, carcamal, canoso, veterano, usado, ajado, gastado, raído, deteriorado.**

Si las van repasado, advertirán que la mayoría tiene claras connotaciones negativas. Algunas como “carcamal” o “vejestorio” incluso se han convertido en insultos. Otras, como por ejemplo la palabra “senil” que evoca demencia, pérdida de juicio, se utiliza como si fuera inherente a toda persona de edad avanzada.

He buscado también el significado de otras dos palabras: **jubilación y jubilar** y, entre otras respuestas, he encontrado que **“jubilación” viene de júbilo que significa alegría incontenible y que “jubilar” es eximir a alguien de un servicio por inútil, conservándole la pensión.** Y me pregunto, ¿cómo puede sentirse lleno de alegría quien es considerado un inútil?

Jubilación y vejez se utilizan frecuentemente como si significaran lo mismo y es porque jubilarse no es, aquí y ahora, otra cosa que traspasar la puerta de la vejez, al menos de la vejez social.

Analizar el lenguaje, revisar el vocabulario, examinar las palabras que se utilizan, sirve para poner de manifiesto muchas de las imágenes y connotaciones negativas que tiene el envejecimiento en nuestra sociedad. Y puede servir para encontrar explicación a por qué nadie quiere ser considerado mayor; ni identificarse con esa imagen. Ese rechazo explica también los eufemismos de que se echa mano para camuflar una realidad que no gusta. Me refiero a expresiones como “Tercera Edad”, “Edad Dorada”, “Segunda juventud”, “Juventud acumulada”...

A veces, se habla de “adultos jóvenes” y “adultos mayores”. Otras, se recurre a la expresión “viejos-jóvenes” para hablar de personas con edades comprendidas entre los sesenta y cinco y los setenta y cinco años, y “viejos- viejos” para las de setenta y cinco, ochenta años en adelante. En algunas ocasiones, he visto utilizar la palabra “masters” para referirse a quienes están entre los cincuenta y los cincuenta y nueve años; nombrar a las personas de sesenta a setenta y cuatro años como “liberadas” y mencionar como “retirados” a quienes tienen setenta y cinco o más años. Y seguramente, en el futuro seguiremos rizando el rizo y aparecerán nuevas expresiones.

El lenguaje no es neutral: integra o margina. Por eso, yo prefiero utilizar con toda intención la expresión **“persona mayor”** incluso a riesgo de ser reiterativa por insistir en ella. Y lo hago porque me parece que esta sociedad ha olvidado (como lo ha hecho también con otros grupos sociales como por ejemplo el de las personas con discapacidad) que lo **sustantivo**, es decir lo fundamental, **es ser persona**, y lo **adjetivo tener más o menos años**. Y me parece muy importante destacar lo esencial. Por encima y por delante de cualquier adjetivo.

Como decía la poetisa Carmen Conde “cada palabra lleva consigo una vida, un estado, un sentimiento”.

O sea, que el lenguaje mediatiza y construye la realidad. Y nos dice mucho, en el caso que aquí nos ocupa, sobre el concepto de envejecimiento que tiene la sociedad que lo utiliza, y de la imagen en que concreta ese concepto. Aclara perfectamente qué significa ser mayor aquí y ahora.

Los medios de comunicación frente al maltrato a los mayores

Hablemos ahora de los medios, asunto importante porque los medios de comunicación tienen un papel primordial en la generación, difusión y expansión de las imágenes. Y para ello de nuevo nos hacemos preguntas:

- ¿Están presentes las personas mayores en los medios?
- ¿Cómo?
- ¿Con qué imagen?
- ¿Cuándo?

Y tenemos algunas respuestas:

- **Están poco presentes.** No hay relación con su importancia numérica. En España los mayores de 65 años son ya mas del 17% de la población total y en el año 2050 serán casi el 31% y pese a ello las personas mayores son invisibles para los medios.
- **La imagen más habitual** es la que muestra a alguien con la salud deteriorada, que vive con una pensión escasa, que se mueve con dificultad, con muchos achaques...En definitiva, que necesita ayuda. En momentos puntuales, por ejemplo si se está dando información sobre el programa de vacaciones del Imserso, puede aparecer un grupo de mayores haciendo gimnasia en una playa o bailando. Pero casi nunca aparece un mayor realizando tareas propias de la vida cotidiana, junto a personas de otras edades, como protagonista de su vida.

- El colectivo mayor está algo más presente en los medios durante el verano o en momentos del año en que hay menos información “de interés”, es decir: política, deportiva, económica...
- Como se considera que lo que atañe a los mayores no interesa, en el argot periodístico “no vende,” hay que buscar una “percha” informativa dramática. Por eso, las informaciones relativas a este colectivo aparecen, por regla general, en las páginas o secciones de sucesos, porque la noticia es el abandono, el maltrato, la muerte dramática en soledad...
- Por tanto, el tratamiento tiene que contar con suficiente dosis de morbo, escándalo, espectáculo. Es decir tiene que ser **sensacionalista**.
- Es una información que no **ahonda en las causas**, ni aporta datos de utilidad práctica que puedan servir para evitar que esos hechos lamentables se produzcan (por ejemplo teléfonos de ayuda, programas de respiro dirigidos a familiares cuidadores...)
- Es una imagen **homogénea**: todos los mayores son iguales. **Iguales en la inutilidad**. Vivimos en una sociedad que considera que a partir de la jubilación, y situaciones similares (prejubilación, expedientes de regulación de empleo) las personas no producen, no aportan nada, pero sí originan gastos. Y no hay que escarbar mucho para tropezar con una idea que se expresa sin demasiado rebozo: **el colectivo mayor es una carga para el resto de la población**.
- **No se valora su experiencia**, ni sus conocimientos, ni su sabiduría, ni lo que han aportado a lo largo de su vida, ni lo que siguen aportando a sus familias o a la sociedad sea como trabajo remunerado, sea como voluntariado de diversas formas.

En definitiva, **es una imagen antigua, sesgada, llena de tópicos, homogénea, que no se ajusta a la realidad actual del colectivo**.

En palabras del Profesor Antón Costas, Catedrático de Política Económica de la Universidad de Barcelona, los medios muestran a las personas mayores como

“si hubieran entrado en una vía secundaria, en la que permanecen esperando lo inevitable. Son como un campo reservado a las atenciones de médicos y sacerdotes.”

En conclusión:

Los medios de comunicación con esa imagen que no se ajusta a la realidad:

- Están ejerciendo una forma de maltrato sobre el colectivo, mostrando una imagen que no valora su experiencia, ni sus conocimientos, ni su sabiduría, que los presenta como

una “carga”, que propicia la falta de consideración y su valoración y que, en mi opinión, está en el origen de la marginación o exclusión que padece en muchos ámbitos. Dicho claramente: **reafirman una imagen social sesgada y tópica.**

- Refuerzan continuamente esta imagen social incorrecta del envejecimiento y del mayor, contribuyendo a que se afirme cada vez más.
- La insistencia en la presentación de esta imagen social negativa, **dificulta que se hagan visibles imágenes más reales** que podrían servir de modelo asumible con el que muchas personas mayores sí podrían identificarse.

Como dice la Catedrática de Psicología Evolutiva de la Universidad de Córdoba, Anna Freixas “Si hay un trato inadecuado, es el que normalmente ejercen los medios de comunicación sobre las personas mayores”.

Las personas mayores reclaman su derecho a una imagen social pertinente

Entre quienes forman parte del grupo social “mayor”, hay muchas personas que no están de acuerdo en absoluto con la imagen que de ellas muestran los medios de comunicación. Y reclaman su **derecho a una imagen social pertinente**. Es decir, a una imagen que refleje su realidad como colectivo que forma parte de la sociedad, que aún tiene mucho que decir y hacer y que nunca ha dejado de aportar. Y no es ésta una reclamación reciente. Hay muchos ejemplos de la importancia que los mayores conceden a tener una imagen social adecuada a su realidad, del rechazo categórico a la imagen antigua que sigue siendo habitual y de cómo consideran que los medios de comunicación son en buena parte responsables de ello. He aquí algunos:

“No existe un reconocimiento social y económico que tenga en cuenta lo que hemos aportado a la sociedad con nuestro esfuerzo, trabajo, transmisión de ideas y valores y lo que podríamos continuar aportando. Con demasiada facilidad se nos coloca en situación de pasivos y se desaprovecha el potencial de conocimientos y experiencias que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra vida”. Conclusiones del II Congreso de las Personas Mayores, celebrado en Barcelona en 1993.

Unos años mas tarde, en 1999, los asistentes al Congreso de la Gent Gran celebrado también en Barcelona, tras estudiar la imagen de la vejez en los medios de comunicación, creyeron oportuno hacer públicas las siguientes observaciones:

“La imagen de las personas mayores que se transmite a través de los medios de comunicación no corresponde a la realidad porque es parcial e incide en los este-

reotipos presentando imágenes fijadas en otro tiempo. Es necesario potenciar las actividades para la gente mayor, para el provecho de la sociedad y para rehabilitar esta imagen tan deformada que a menudo se presenta en los medios”.

En este caso, incluso indicaron algunas acciones que podrían ayudar a conseguir ese cambio de imagen, entre ellas propiciar una mayor y más directa participación de las personas mayores en los medios de comunicación; elaborar un libro de estilo para que los periodistas utilicen un lenguaje que defina bien la realidad; o impulsar políticas activas para cambiar la imagen de la vejez desde los medios.

Otro ejemplo este tomado del Congreso Confederal de la Unión Democrática de Pensionistas, celebrado en Valencia en 2002:

“Es fundamental que las personas mayores pasen de tener la consideración de seres pasivos a activos, de carga a recurso. Que desaparezca la imagen de mayor igual a persona que recibe ayudas y servicios.”

El estudio sobre “Envejecimiento saludable” presentado en septiembre de 2002 en Roma en el I Encuentro Para Mayores organizado por los laboratorios Pfizer, puso de manifiesto que:

“...dos de cada tres europeos mayores de cincuenta y cinco años se sienten infravalorados por la sociedad. Que lo que más les gustaría es que cambiara el trato condescendiente que se les da y sobre todo, dejar de ser vistos como una carga”.

Es una contradicción más de las muchas con las que vivimos. Hoy que se llega a edades avanzadas en muy buenas condiciones. Hoy que ser octogenario no es ninguna hazaña y que, a nuestro lado, viven cada vez más personas centenarias, las personas de ¡cincuenta y cinco años!, que tienen media vida por delante, sienten que se las considera una carga. Cuando los expertos hablan de que la línea del envejecimiento se ha retrasado al menos diez años, y que lo que se predicaba antes de una persona de sesenta y cinco años hoy cabe decirlo, y no siempre, de una de setenta y cinco, quienes tienen poco más de cincuenta años se sienten socialmente marginados, considerados una carga o en situación de pasar a serlo más pronto que tarde.

Pero los mayores han hecho más aún en su esfuerzo por lograr una imagen social pertinente. Colectivos de mayores se han reunido con periodistas para exponerles sus puntos de vista y presentarles sus demandas y peticiones para conseguir que en los medios las personas mayores tengan la imagen social a que tienen derecho. Y esto tampoco es nuevo.

En septiembre de 2005, en el transcurso de un Seminario celebrado en Santander, en el marco de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, los mayores hicieron un conjunto de peticiones a los medios. Entre ellas: que incluyan en sus contenidos el perfil del mayor español actual; que reflejen el cambio social que se está produciendo en las nuevas generaciones de mayores tanto en las necesidades como en las expectativas; que reconozcan a las personas mayores como miembros activos de pleno derecho en una sociedad para todas las edades; que acepten el derecho de acceso a los medios, reconocido por la Constitución y que lo hagan efectivo favoreciendo la presencia en ellos de los mayores como colectivo social.

Por su parte, los periodistas que participaron en éste mismo Seminario, a la vista de las peticiones y propuestas de los mayores, firmaron la Declaración de Santander, en la que, entre otras cosas, se comprometían: a mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, rescatando los valores que encarnan las personas mayores como la serenidad, la experiencia, el respeto, la independencia o la memoria. A incluir a este colectivo en todo tipo de informaciones, en plano de igualdad con los demás. A evitar el lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio que contribuye a reforzar los estereotipos sociales sobre las personas mayores. A propiciar el tratamiento de los temas con una perspectiva intergeneracional. A dar voz a los mayores como ciudadanos independientes y protagonistas de sus propias vidas y a acabar con su invisibilidad recurriendo a ellos como fuente informativa.

Buena parte de esto se quedó en papel mojado y dos años después, en 2007, los alumnos de la Universidad de Mayores de la Universidad de Alicante, hicieron público un Manifiesto que, entre otras cosas, destacaba los siguientes puntos relativos al tratamiento de las personas mayores en los medios de comunicación:

“La visibilidad del colectivo en los medios es prácticamente nula. Los mayores estamos ausentes. La presencia sólo se hace efectiva cuando el ámbito es el de los sucesos o la crónica rosa. La tendencia generalizada es la de remarcar nuestros defectos y no la de exaltar nuestros valores. Se nos trata tópicamente e inadecuadamente y de un modo no proporcional al porcentaje de mayores en la sociedad española. El colectivo aparece de forma homogénea. La ausencia de rigor se une al exceso de estereotipos y a la falta de reflexión sobre la realidad de una heterogeneidad nunca presente y que, sin embargo, forma parte de la realidad del mayor actual. La no aceptación por parte de los medios de una nueva cultura en la que se facilita la colaboración intergeneracional se hace visible en las tendencias informativas. El lenguaje se utiliza de forma discriminatoria”.

Ante esta realidad, los alumnos de la citada Universidad de Mayores demandan a los medios de comunicación que en el tratamiento informativo:

- **Abandonen los tópicos** que inducen a una imagen errónea, alejada de la pluralidad que, como cualquier otro colectivo, tiene el integrado por las personas mayores.
- Que **hagan visibles a los mayores de forma normalizada como parte activa de la sociedad**. Que abandonen el empleo de la imagen degradada y discriminatoria.
- Que **utilicen una terminología correcta y respetuosa** y que, en la publicidad, consideren a los mayores como consumidores adultos capaces de tomar sus propias decisiones.

En suma, reclaman **un acercamiento de los medios de comunicación a la realidad de las personas mayores de hoy, a sus perfiles necesidades y demandas.**

Estos nuevos mayores del siglo XXI piden a los periodistas que salgan a la calle y miren queriendo ver. Porque los mayores de hoy están en todas partes y junto a las demás generaciones. No hay que buscarlos sólo en las residencias, en los hospitales, en los parques... porque están en el cine, en el teatro, en un concierto, haciendo la compra, nadando en una piscina, recogiendo a los nietos en el colegio, viajando, en una biblioteca, en una conferencia, visitando un museo, en la farmacia, paseando, asistiendo a una clase, estudiando un idioma, tomando un café, echando una partida, colaborando voluntariamente en múltiples actividades, participando en una asociación y un largo etcétera.

Y tienen razón. No se puede continuar manteniendo una imagen tan antigua de las personas mayores, porque es injusto y porque desvaloriza su papel y su lugar en la sociedad.

El cambio de imagen es posible

Lograr una imagen ajustada a la realidad actual de las personas mayores es algo que compete, en primer lugar, a ellas mismas. Es un trabajo que tienen que llevar a cabo desde sus asociaciones y organizaciones. Pero evidentemente la tarea incumbe y mucho a los medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto.

Dar una imagen adecuada, que refleje la realidad de los mayores de hoy, exige mostrar una imagen plural. Porque no hay una única forma, un único modelo de envejecer; un único tipo de persona mayor. Y eso es lo que tienen que hacer los medios para acabar con esta forma de maltrato a este colectivo.

¿Los medios deben favorecer la toma de conciencia de que el maltrato a los mayores es un hecho real y cotidiano?

En España no se han llevado a cabo estudios de ámbito nacional sobre las dimensiones del maltrato a las personas mayores, seguramente eso explica que se den datos tan

disparas como que un 36% de los mayores de 65 años lo sufre (leído en un artículo publicado en Ansina, el periódico de los mayores de Tenerife), al 2 %, 6,4 % o 6% que son los porcentajes que la socióloga M^{ra} Teresa Bazo obtuvo de una investigación en Vitoria, Sevilla y Las Palmas de Gran Canaria respectivamente.

El Barómetro del CIS, Centro de Investigaciones Sociológicas, de marzo de 2001, ponía de manifiesto que el 40% de los españoles pensaba que hay maltrato a los ancianos.

Pero haya datos concretos o no, sabemos que es una realidad que existe y de la que sólo conocemos una ínfima parte. Que ocurre a nuestro lado: en los domicilios, en los centros de salud, en las Residencias...

En definitiva, sabemos que el maltrato en sus diversas formas está ahí y es importante. Y que a todos nos incumbe la responsabilidad de contribuir a que se cree una conciencia social al respecto, como ya existe en el caso de maltrato a los niños, o la violencia contra las mujeres. Y los medios de comunicación pueden y deben hacer mucho al respecto:

- Denunciar situaciones de falta de respeto, de malos modos, negligencia, trato inadecuado, abuso y maltrato. Porque muchas veces es un camino progresivo, se empieza faltando al respeto, por ejemplo la ironía, la burla, o el tuteo en las instituciones y se puede acabar maltratando.
- Informar de que hay diversas formas de maltrato y que se produce en residencias, centros hospitalarios y, en muchos casos, en los propios domicilios de los mayores o de sus familiares si viven con ellos.
- Aclarar que postergar, por ejemplo, a una persona para realizarle una operación o aplicarle un tratamiento, en función de la edad, puede ser maltrato.
- Llamar la atención sobre la realidad de que hay personas más vulnerables que otras y por tanto hay que extremar la atención. El deterioro funcional, la dependencia, los trastornos psiquiátricos, el aislamiento, ya sea en una institución si no recibe visitas, o en casa si viven solos con el cuidador, son factores de riesgo a vigilar.
- Hacer pensar sobre posibles formas de maltrato que pasan inadvertidas, como puede ser en ocasiones esa forma de vivir que conocemos como "abuelos maleta" o "abuelos golondrina", personas que están por períodos de tiempo con cada hijo. Situación en la que con frecuencia no se tiene en cuenta los deseos de la persona mayor, ni lo que en verdad es mejor para ella.
- Mostrar que también el abuso económico es una realidad, que se concreta en el uso del dinero o las propiedades del mayor, en manipulaciones del testamento, incluso en la incapacitación legal injusta de una persona, para poder acceder libremente a sus bienes.

- Y llevar a la conciencia de los profesionales que se relacionan con las personas mayores, la importancia de estar atentos para descubrir posibles situaciones de maltrato, porque las personas mayores raramente denuncian y apenas se quejan. Porque los malos tratos los infligen con frecuencia personas muy próximas: los familiares en el hogar, los cuidadores en las instituciones. Y la necesidad de que haya protocolos de actuación, por ejemplo en los centros sanitarios, que sirvan para descubrir y actuar en los casos de maltrato.
- Y naturalmente, pueden y deben informar a las personas mayores sobre sus derechos y a la sociedad en su conjunto sobre los recursos de todo tipo que tienen a su alcance, así como números de teléfono y direcciones concretas para solicitar información, pedir ayuda o denunciar un caso de posible maltrato.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

2.1. Buenas prácticas asistenciales como prevención del maltrato en centros residenciales

Diego José Trinidad Trinidad

Coordinador de Centros Asistenciales

Servicio Regional Bienestar Social

Gestión en centros residenciales

La evolución histórica de la gestión de los centros residenciales, para personas mayores, ha obligado a que el adaptarse a una gestión acorde con los tiempos actuales, requiera abandonar prácticas todavía establecidas en la memoria colectiva de la población en general, pero también en los propios empleados y gestores de esos centros, sin importar si estos son públicos o privados. La gestión residencial se puede comprender conociendo los distintos tipos de tendencias todavía hoy existentes en la gestión. El concepto asilar de algunos centros, con gestiones basadas en “la guarda” en su sentido más estricto. El concepto hostelero de otros basándose su gestión más en los cuidados hospederos o de animación lúdica. El concepto familiar de otros basándose la gestión más en proporcionar ambientes que en la atención acorde con las nuevas necesidades socio- sanitarias.

Este estado de las cosas ha cambiado en los últimos años, ya no se sostienen centros públicos con gestiones no profesionales, los centros privados ellos mismos, por la presión del propio mercado, se han visto obligados a profesionalizarse. Por otro lado, la conversión de las residencias de ancianos en centros socio-sanitarios multiservicios, ha significado la pérdida de la sensación en estos centros de hermanos pobres respecto a los centros sanitarios y la asunción de técnicas, sistemas, y criterios organizativos, ya empleados con éxito en estos otros centros, han abierto todo un elenco de posibilidades, pero también de retos en la gestión.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

La preparación teórica de los cuadros directivos de los centros socio-sanitarios han mejorado, al haber surgido escuelas formativas de diversa entidad y dependencia que ha comenzado a preparar a directivos y cuadros intermedios en los conceptos gerenciales básicos, así como a prepararlos en los elementos, recursos, y sistemas para preservar la salud o bien proporcionar los cuidados primordiales para mantenerla.

Los centros residenciales suponen hoy en día un pilar básico en el esquema de los servicios sociales generales, pero el envejecimiento de la población, la supervivencia de nuevos crónicos, el aumento de personas con necesidad de atención que no le pueden proporcionar sus familias y la insostenibilidad del aumento del gasto sanitario, hace que estos centros estén llamados en un futuro no muy lejano a ser un pilar fundamental en el esquema de los servicios socio-sanitarios, creando nuevos sistemas de atención, gestión y coordinación.

La gestión y administración de estos centros se convierte por tanto en la actualidad en una realidad compleja, que va a tener un puesto preferencial en la estructuración general de la atención socio-sanitaria, social y sanitaria a los mayores.

Los gestores deben planificar, investigar, evaluar, proyectar el futuro, competir por la calidad. Los centros deben brindar una perfecta atención hostelera, una exquisita y eficiente gestión, ambiente humano, comprensivo y familiar; una atención sanitaria profesionalizada, estimulando, a su vez, medidas de mejora e investigación. Deben también desarrollar en todas sus esferas sus recursos humanos. Deben manejar tensiones propias y ajenas, creando sistemas de información y atención a usuarios, familiares y visitantes. Además deben dilucidar problemas psicológicos, morales, religiosos, comerciales, laborales, judiciales, científicos, de marketing, educativos, etc.

Dentro de este complejo entramado en el que se mueve la gestión residencial, surge con redoblada fuerza, que ha cogido a traspiés a muchos gestores, la necesidad de buenas prácticas asistenciales unidas a los problemas bioéticos en la atención residencial. Dichos temas ya suficientemente estudiados e incluso protocolizados en el mundo sanitario, comienzan a inquietar y preocupar en el ámbito socio-sanitario y con mayor fuerza en todo aquello que tiene que ver con las residencias para personas mayores.

Los cambios que se han producido en la atención en los últimos 25 años, se han producido con tal rapidez, que han impedido que nos adaptemos a ellos de una forma imperceptible. La nueva oferta tecnológica en diagnósticos y tratamientos, la evolución de la relación médico-enfermo, la evolución de la mentalidad, ética y jurídica, e incluso científica, de toda la sociedad, han provocado problemas, sobre todo en cuatro ámbitos: los límites de la vida, la aplicación de los derechos humanos de los pacientes, la priorización y asignación de los recursos disponibles y las actuaciones profesionales.

Tanto la atención, como el cuidado, debe basarse en un único objetivo pensar en la persona. Este objetivo es el que va a marcar en definitiva una gestión eficaz. En definitiva en

la gestión de la atención y el cuidado se debe reflexionar sobre lo que realizamos, sobre lo que hace y piensa la sociedad sin abandonar; eso sí, los valores primordiales, y con unas metas claras: curar, recuperar, mantener, cuidar; pero siempre salvaguardando la dignidad debida a cada persona, sin importar su estado.

La reflexión crítica acerca de nuestras conductas profesionales debe formar parte de lo cotidiano, porque diariamente estamos tomando decisiones y porque nuestras conductas tienen como consecuencia la salud y el bienestar de las personas mayores, pero también pueden traer la consecuencia contraria. Es evidente que la correcta administración de un tratamiento o el proporcionar un cuidado no solamente constituyen un acto moral sino que es una obligación profesional a la que no podemos sustraernos.

Tanto el gestor como el profesional, debe plantearse reflexionar, como dijimos más arriba, que trabajan para las personas, que manejan continuamente no solo cuerpos sino historias vitales, sentimientos, vivencias y que solo una solidez en sus opiniones, un conocimiento profundo de las normas técnicas de actuación y unos criterios consolidados, va a permitir tomar decisiones razonables y razonadas.

Es de sobra conocido y fácilmente entendible, que el trabajo diario con personas con necesidad de atención, en los aspectos fundamentales del vivir de una persona: la alimentación, el vestido, el alojamiento, la salud, las relaciones interpersonales, hace surgir el conflicto. El manejo de los dilemas planteados por los conflictos, en pacientes con crisis vitales en las dimensiones sanitaria y social, frecuentes en la gestión residencial, hace necesario un conocimiento profundo y una capacidad de respuesta tanto de la vertiente técnica como de la ética, conociendo que nuestras decisiones van a influir en el proceso vital y en el pronóstico funcional de nuestro paciente.

Para ello el conseguir actuar de una forma adecuada, con capacidad técnica, consultando a nuestro usuario, en el momento preciso, con medios suficientes, etc. En definitiva actuar por medio de buenas prácticas asistenciales es obligación tanto de profesionales, como de los gestores de los centros residenciales.

Problemas en la atención a las personas mayores

Todos sabemos que la atención a las personas mayores presenta una serie de problemas en la sociedad actual, que repercute como es lógico en la atención que proporcionamos. Estos son principalmente los siguientes:

La insuficiente oferta de recursos socio-sanitarios, a pesar del avance conseguido en los últimos años en aumentar recursos, proporcionar nuevos servicios y modernizar los existentes. El envejecimiento de la población, el aumento significativo de los mayores de 80 años, y el aumento considerable de las tasas de prevalencia de las afecciones invalidantes, ha supuesto que siga existiendo un déficit de recursos comunitarios sobre todo

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

para las personas con gran dependencia o necesitados de atención continuada. La anhelada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia esperamos que, si consigue comenzar a caminar, palie la situación.

La falta de coordinación de las Administraciones sanitarias y sociales. El Informe del Defensor del Pueblo del año 2000, sobre la Atención socio sanitaria en España, ya presentaba los principales problemas existentes, en aquel momento, para una eficaz coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, para atender a los pacientes que presentaban una necesidad dual de atención tanto social como sanitaria. Desafortunadamente muchos de los problemas señalados persisten actualmente:

- Siguen sin definirse cuáles son las prestaciones sanitarias y cuales las actividades asistenciales de carácter estrictamente social.
- Falta desarrollar una red de asistencia común social y sanitaria que, bajo los principios de: equidad en el acceso (¿qué se puede hacer?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿con quién?), universalidad y justicia, participación, eficiencia y calidad; fomente la creación de nuevas alternativas asistenciales.
- No están sistematizadas vías de comunicación entre los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, que puedan trabajar en común estableciendo las prioridades de atención, elaborando criterios consensuados y flexibles de utilización de los recursos, usando instrumentos de valoración estandarizados comunes, realizando cambios en los sistemas de gestión de los servicios y desarrollando fórmulas de provisión integral de los servicios.
- Siguen sin producirse cambios en los sistemas de financiación de los recursos. Las necesidades de carácter socio sanitario se deberían sufragar con sistemas mixtos de financiación.
- Continua faltando una eficaz sectorización de los servicios sociales y sanitarios, que establezca criterios de sectorización acordes con las necesidades reales de atención e intervención socio sanitario.

Los escasos logros obtenidos en la convergencia entre los sistemas formales e informales de atención. Es necesaria esta convergencia ya que la disminución del potencial de cuidadores informales ha obligado a las administraciones a prestar servicios de atención a los mayores que hace unos años eran realizados de forma informal. Pero aún así, muchos cuidadores informales quieren seguir cuidando a sus mayores, pero exigen que se les reconozca de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan sus miembros a los enfermos crónicos y a los ancianos. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, reconoce en su articulado este cuidado familiar e incluso establece com-

pensación económica por cuidados en el ámbito familiar; siempre que el cuidador familiar este dado de alta en la seguridad social. Por lo tanto todavía es pronto para saber si estas nuevas disposiciones satisfacen las necesidades de los cuidadores informales y se avanza en la consecución de una eficaz convergencia de los sistemas formales e informales de atención.

Cómo debe ser la atención asistencial a personas mayores

La atención a las personas mayores se caracteriza por dirigirse habitualmente a un tipo de paciente que presenta un doble componente, y que por tanto requiere un tipo dual de atención, por un lado la asistencia sanitaria con relación a su problema de salud, y por otro lado una atención de carácter social, ya que en estos pacientes coexiste junto con un cuadro de pluripatología y discapacidad, problemas sociales como el aislamiento, la dependencia funcional, los escasos recursos económicos y las condiciones de habitabilidad.

Nos preguntamos entonces: por las alternativas más adecuadas para dar respuesta a las necesidades de este tipo de población; por la función y responsabilidad de las distintas instituciones y profesionales en la prestación de los servicios de atención; por como integramos un nuevo modelo de atención a mayores con los modelos asistenciales actuales y por último, e importantísimo, por cuál es el papel que debe desempeñar la atención primaria de salud y cuál su nivel de implicación en estos nuevos cuidados.

Si consideramos las preguntas anteriores y pensamos en los problemas existentes en la atención a las personas mayores, podemos decir que la atención a los mayores debe ser: coordinada entre los servicios sociales y sanitarios y dentro de estos entre atención primaria y especializada; los servicios que se oferten deben estar integrados en un catalogo común que permita la continuidad de la atención; y debe ser proporcionada desde un criterio de interdisciplinariedad, es decir todos los profesionales tienen como foco común y estratégico al paciente no las diferentes actuaciones profesionales. Pero mirando claramente al paciente, es claro que esta atención debe ser integral, es decir que abarque todas las esferas del individuo (bio, psico, social, funcional e incluso de valores), debe basarse en la función rehabilitadora intentando mejorar las funcionalidades del individuo y procurando un mejor pronóstico funcional y lógicamente debe ser negociada con el paciente y sus familiares, solicitando, y respetando claramente, el consentimiento informado del usuario ante cualquier decisión asistencial y por último buscando siempre el mejor lugar terapéutico.

Resumiendo podemos decir; que la filosofía asistencial en la atención a las personas mayores, sería facilitar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor; o en caso de falta de autonomía, el objetivo será atender a la persona mayor con las máximas garantías de respeto y dignidad debidas a cada individuo.

Cuadro 1. Cómo debe ser la atención asistencial a personas mayores

- INTEGRAL
- CONTINUADA
- INTERDISCIPLINAR
- COORDINADA / INTEGRADA / ARMÓNICA
- REHABILITADORA
- NEGOCIADA ⇒ C. INFORMADO
- ORGANIZADA / MEJOR LUGAR TERAPÉUTICO

Maltrato en centros residenciales

Hablar de maltrato en centros residenciales es un tema comprometido por las específicas connotaciones que el trabajo en estos Centros ocasiona en el día a día de los usuarios pero también para los empleados de los mismos, pues supone un sector que junto a la sanidad siempre se encuentra en el punto de mira de la sociedad en general proporcionándole alarma ante cualquier noticia periodística negativista sobre la atención proporcionada, habitualmente sacada de contexto. No debemos olvidar tampoco, las motivaciones a veces interesadas para que estas noticias se produzcan y puedan ser utilizadas tanto por las formaciones políticas en sus luchas partidistas, como por los agentes sociales al emplearlas para sus intereses reivindicativos contra la administración de los centros residenciales.

Esto hace, por tanto, bastante difícil hablar de una forma desapasionada del tema de maltrato y debemos pensar con cuidado lo que afirmamos, para evitar que pueda ser empleado por gente lejana al mundo residencial, al de la atención a los mayores y a la comunidad científica, para sus intereses espurios, como hemos comentado anteriormente. Por ello nos centraremos en definir el maltrato, alguna de sus formas y aclarar lo que a veces se produce en los centros residenciales, para después buscar algunas posibles soluciones para prevenirlo, evitarlo, y a ser posible erradicarlo.

Definimos maltrato como “Cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o resto de derechos fundamentales del individuo”.

Tipos de maltrato

- **FÍSICO:** causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.
- **PSICOLÓGICO O EMOCIONAL:** infligir sufrimiento psíquico.
- **ABUSO SEXUAL:** mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor.
- **MALTRATO ECONÓMICO:** explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.
- **NEGLIGENCIA:** deficiencia por parte del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios en orden a evitar daño físico angustia o daño mental. Incluiríamos aquí la negligencia involuntaria o no intencionada, actitud de quien no pone la debida diligencia en el cuidado.

Esta última también llamada, por algunos autores, **Descuido** es importante conocerla y prevenirla, pues la negligencia involuntaria o descuido, frecuente en el ámbito doméstico, supone la mayor parte del maltrato institucional. Muchas veces por no ser conscientes los empleados, por falta de formación, de lo que realizan y por una dejadez de las instituciones que no impulsan acciones decididas contra estas negligencias.

Negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor; o no cumplirla en su totalidad, obviar algunos cuidados (baño, aseo, control de la incontinencia, etc.), o bien realizarlos con prisas y desgana (alimentación, vestido, etc.), es una negligencia que produce incomodidad y angustia a los mayores que lo reciben. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor. Se considera como maltrato.

El hecho de que los miembros de la familia no cumplan con sus obligaciones, derivadas de la relación de parentesco, de proporcionar a la persona mayor alimentos y vivienda, también se considera como descuido.

Existen múltiples indicadores de cada tipo de maltrato, que sirven a los profesionales para detectar, o estar alerta en aquellos casos en los que el ejercicio profesional hace sospechar situaciones que pudieran abocar al maltrato hacia alguno de sus pacientes mayores. Como lo que tratamos en este artículo es el ámbito institucional, y hemos reseñado, que es la negligencia o descuido, lo que se produce con mayor frecuencia en este entorno, vamos a señalar a continuación los indicadores tanto de negligencia física como psicológica, que nos pueden ayudar a detectar descuido en la atención residencial.

Indicadores de negligencia física

- Malnutrición.
- Deshidratación hipernatrémica.
- Mala higiene corporal. Boca muy séptica.
- Caídas de repetición.
- Impactación fecal.
- Gafas rotas, sucias o ausencia de las mismas cuando son necesarias.
- Hipotermia, hipertermia.
- Signos de intoxicación medicamentosa o de incumplimiento terapéutico.
- Contracturas articulares por falta de movilidad.
- Úlceras por presión en mal estado.

Indicadores por negligencia psicológica

- Depresión.
- Confusión, desorientación.
- Ansiedad.
- Pérdida de autoestima.
- Mínimas conversaciones entre la víctima y el cuidador.
- Actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del responsable de los malos tratos.
- El cuidador niega al anciano la posibilidad de relacionarse con otras personas.
- Pérdida de la capacidad de toma de decisiones por parte del anciano.

Cuando hablamos de **NEGLIGENCIA INSTITUCIONAL**, nos estamos refiriendo a todos aquellos actos que ocurren en una institución y que produce si no un daño objetivo como un maltrato físico, si una angustia continuada en el usuario o la falta de algunos cuidados, que sin ser vitales, si producen una menor calidad de vida e incluso situaciones molestas diarias.

Es preciso distinguir entre los actos individuales de maltrato o descuido en un ámbito institucional y el maltrato institucional, propiamente dicho en el que el régimen predominante en la propia institución es el maltrato o descuido. Muchas veces resulta difícil determinar si el maltrato o descuido descubiertos en una institución han sido consecuencia de actos individuales o se originan en fallas institucionales, pues en muchos casos ambos se superponen.

Las tasas probables de maltrato de los ancianos, tanto en los ámbitos comunitarios como institucionales, quizá sean mayores de lo que permiten inferir las estadísticas generales recopiladas por los países sobre los actos de violencia. Algunas de las discrepancias se deben a que el maltrato de los ancianos no había sido reconocido como tal hasta los años setenta del siglo pasado.

La variedad de actos de maltrato y descuido en las instituciones es considerable y puede estar relacionada con cualquiera de los factores siguientes:

- **La prestación de la atención:** por ejemplo, la resistencia de los profesionales a adoptar los cambios necesarios en la medicina geriátrica, el deterioro en la atención individual, la alimentación inadecuada y las deficiencias en la atención de enfermería (por ejemplo la falta de cuidado de las úlceras de decúbito).
- **Las condiciones externas:** por ejemplo, la falta de privacidad esencial, el deterioro de los establecimientos, el uso inadecuado de medios de inmovilización, la falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión a los accidentes dentro de la institución.
- **Los problemas del personal:** por ejemplo, el estrés laboral y el agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación, y los problemas psíquicos del personal.
- **Las dificultades en las interacciones entre el personal y los residentes:** por ejemplo, la falta de comunicación, la agresividad de los residentes y las diferencias culturales.
- **Las políticas institucionales:** por ejemplo, las que se adoptan para beneficio de la institución dejando a los residentes pocas posibilidades de elección en lo que respecta a su vida cotidiana, las actitudes burocráticas o de indiferencia hacia los internados, la escasez de personal o su rotación frecuente, el manejo fraudulento de las pertenencias o el dinero de los pacientes y la inexistencia de un consejo de residentes o de un consejo de familiares de los residentes.

Muchas veces el personal perpetúa el maltrato institucional mediante la aplicación de un sistema regimentado, que no admite cuestionamientos, establecido en nombre de la disciplina o de la búsqueda de una protección hacia el anciano impuesta y no pactada. Otro recurso utilizado para este fin es aprovecharse de la situación de dependencia de

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

las personas mayores. También se conoce que la falta de personal de dirección capacitado profesionalmente agrava este problema.

Como ejemplo, de lo que ocurre en las instituciones para mayores, tenemos la encuesta realizada en los Estados Unidos en 1997, en 15.000 hogares de ancianos con el objeto de detectar las deficiencias más importantes y que detectó lo siguiente (Se enumeran las 10 deficiencias más graves, clasificadas en categorías generales):

1. Preparación de alimentos (21,8%).
2. Evaluación integral: falta de una evaluación documentada de todas las necesidades de atención, entre ellas la atención médica, de enfermería y la atención social (17,3%).
3. Planes de atención integrales: ausencia de un plan de cuidados estructurado, es decir, en forma de un registro en el que se especifican las necesidades de atención cotidiana de un paciente y se designa a la persona responsable de brindarla, así como observaciones sobre su evolución y los cambios necesarios (17,1%).
4. Accidentes (16,6%).
5. Úlceras de decúbito (16,1%).
6. Calidad de la atención (14,4%).
7. Uso de medios de inmovilización no apropiados (13,3%).
8. Deficiencias en la Administración interna (13,3%).
9. Falta de dignidad (13,2%).
10. Falta de prevención de accidentes (11,9%).

El maltrato y el descuido pueden producirse en muchos tipos de instituciones, aun en las que parecen prestar una atención de excelente calidad a los pacientes. Una constatación fundamental, da motivos para creer que un régimen aceptable o bueno de atención podría transformarse en maltrato con relativa facilidad y rapidez, sin que se produjeran cambios detectables de la situación aparente, ante situaciones habituales del día a día y si no se conoce internamente la posibilidad del maltrato y las formas de prevenirlo.

Buenas prácticas asistenciales como prevención del maltrato

Ya en 1992 la Sociedad Británica de Geriatria y el Real Colegio de Médicos, definió unos principios básicos sobre cuidados médicos y asistenciales en residencias, que su seguimiento y cumplimiento, hoy en día, en todas las residencias de mayores, aumentaría de

forma significativa la calidad de la atención proporcionada y serviría como guía de actuación y de prevención ante el maltrato. Estos principios son los siguientes:

- Valoración geriátrica al ingreso para identificar las posibilidades de tratamiento y rehabilitación, así como periódicamente.
- Historia clínica actualizada y controlada, como documento básico del paciente.
- Estabilizar y retrasar en lo posible la progresión de la patología crónica, mediante evaluaciones periódicas (mínimo dos por año y ante cualquier nuevo evento).
- Preservar la autonomía del paciente. prevenir caídas y valorar periódicamente las sujeciones físicas.
- Promoción y participación en actividades para los pacientes en función de su situación funcional.
- Mantener la comunicación e información con familiares y pacientes.
- Promover la continencia urinaria y fecal.
- Optimizar el uso de fármacos.
- Realizar cuidados preventivos y establecer y notificar las funciones del equipo asistencial en cuanto al tipo de cuidados especiales del enfermo.
- Preservar los derechos de los pacientes.
- Optimizar entorno y dotación.

Como observamos y más adelante veremos, no hace nada más que marcar el camino de la atención a proporcionar en estas instituciones y si le añadimos a lo anterior algunos principios generales en la atención residencial: como la de atender a la persona mayor con las máximas garantías de respeto y dignidad debidas a cada individuo; considerar a la persona mayor un adulto merecedor del máximo respeto; cuidar la imagen de la persona mayor; garantizar las libertades básicas y derechos de las personas; el tratamiento individualizado y la flexibilidad en las normas de régimen interior; nos encontramos con el conjunto de principios y normas que se deben respetar para realizar una buena práctica asistencial residencial, pero también supone el conjunto de actuaciones, que perfectamente estructuradas, va evitar situaciones de negligencia institucional hacia los mayores.

Buenas prácticas asistenciales en residencias

Basándonos en lo anterior y en la experiencia del Servicio Regional de Bienestar Social en los últimos años, podríamos decir que unas buenas prácticas asistenciales en Residencias

que sean decisivas en la prevención del maltrato, se basarían en las siguientes cuatro dimensiones:

Adaptación a las nuevas necesidades

El mundo cambia, la sociedad evoluciona y los centros residenciales también. Las nuevas necesidades en la atención a los mayores, ha supuesto que este cambio obligue a los gestores y a los profesionales de atención, a tener que atender diversos retos y dar respuesta a las nuevas necesidades. Estos retos son:

Reto de adaptación al deterioro progresivo del estado funcional de los residentes: Las residencias para personas mayores están enfrentándose al reto de abordar, con un nivel cada vez más elevado de profesionalidad, las demandas cambiantes de una clientela que precisa un conjunto de servicios cada vez más complejos.

Las definiciones tradicionales en base al tipo de residencia (de “válidos”, “asistidas”, etc.) se muestran completamente insuficientes para definir la “cartera de servicios” de un centro asistencial para personas mayores.

En el fondo, un centro residencial acoge a personas cuya situación y necesidades van cambiando con el tiempo. Nuestra experiencia nos muestra que la gestión de una institución para personas ancianas de hecho es una combinación entre, las necesidades de los clientes atendidos, los servicios y cuidados suministrados para responder a estas necesidades y la forma en que estos servicios se organizan para responder a las necesidades individuales de cada cliente.

Reto derivado de la demanda y las políticas de admisión: Hace algunos años la demanda de plazas residenciales venía condicionada por la búsqueda de alojamiento alternativo al existente, en una búsqueda de condiciones sustitutivas que marcaba la necesidad de realizar ciertas tareas domésticas, y en evitar la soledad. Esto ha cambiado en los últimos años, el envejecimiento de la población, el envejecimiento del envejecimiento, el aumento de las personas dependientes y el aumento de las personas con enfermedades invalidantes con grandes necesidades de atención que no le pueden proporcionar sus familias ha ocasionado que no se pueda seguir manteniendo las residencias como viviendas alternativas que no se adaptan adecuadamente a las necesidades de los nuevos usuarios. Se debe abordar, por tanto, un nuevo modelo como obligación no solo de una eficiente gestión sino también desde el punto de vista ético.

Se debe definir una nueva política sectorial, reestructurando centros, potenciando alternativas a la institucionalización como los programas de atención a domicilio, e implicando al voluntariado y a las organizaciones no gubernamentales en el llamado “apoyo informal”, junto con la regularización de un sistema de cuidados específicos y adaptados a las circunstancias de estos usuarios.

Tenemos que tratar de dar una respuesta asistencial inmediata a este grupo de población, que ha modificado sus demandas de cuidados, y evitar que el problema adquiera tal magnitud, que las medidas que se adopten sean totalmente ineficaces. Se requiere actuar de una forma ágil y eficaz, ofreciendo unos servicios diseñados y adaptados a este tipo de usuarios.

La políticas de admisión en estos Centros también ha variado y desde la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, muchas de las políticas de admisión han variado pues al introducir la Ley un derecho subjetivo de atención a la situación de dependencia y la necesidad de asignar el recurso necesario a esa necesidad de atención, ha sido preciso variar y modificar las políticas anteriores de admisión basadas sobre todo en la atención social.

Reto derivado del incremento de la expectativa social. Todo lo anterior plantea, el problema del usuario en cuanto destinatario de los servicios prestados. Actualmente se produce con frecuencia una ubicación inadecuada de usuarios y de recursos financieros.

La perspectiva que se adopta es la que, a veces, considera la necesidad, casi exclusivamente, desde el punto de vista de la oferta y no de la demanda. La demanda social viene inducida por el conjunto de los servicios existentes. Es decir, se está en presencia de mecanismos rígidos según los cuales es la oferta la que determina totalmente la demanda.

Esto nos reafirma en que es la necesidad de la persona, lo que condiciona el recurso y no al revés. Debe ofrecerse el recurso necesario en cada caso, como marca la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, no el disponible en ese momento, ni el demandado, pues entonces se podría llegar al agotamiento de los recursos, o bien a la inadecuación de éstos.

La sociedad ha entendido que los servicios sociales y la atención a la dependencia, es otro de los logros sociales conseguidos, como la universalidad de la sanidad y la educación y el sistema de pensiones. Nos exige cuidados de calidad, exige que proporcionemos los recursos necesarios, que realicemos la atención centrándonos en la persona, exige en definitiva un cambio profundo en el modelo actual existente, en el que por lógica no tiene cabida ni la negligencia ni los malos tratos a los mayores.

Reto del cambio en el sistema ofertante de los servicios: Las residencias de ancianos (como recurso fundamental dentro de la red de los servicios sociales) han presentado tradicionalmente un perfil de oferta de servicios altamente monotemático. Este planteamiento ha quedado desfasado respecto a la diversidad de problemática y de necesidad de servicios que demanda la sociedad y en concreto el sector de los mayores. Este desfase lo podemos analizar desde tres puntos de vista:

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

- Desde el punto de vista del tipo de cliente: variando desde una demanda tradicional para ancianos más o menos válidos hasta la situación actual de ancianos dependientes, con problemas mentales, de rehabilitación, convalecencia, enfermedades terminales, etc.
- Desde el punto de vista del perfil de la estancia: desde la demanda tradicional de larga estancia residencial hasta la necesidad de servicio temporales (convalecencia, descarga familiar,...)
- Por último, podemos observar el cambio planteado en cuanto a la demanda del tipo de organización o recurso proveedor de los servicios: Desde la institucionalización total hasta la necesidad de formas de atención diurnas y/o domiciliarias.

Por tanto se presenta un reto muy importante de cara al futuro mediano o inmediato en cuanto al desarrollo de una oferta de servicios integrada y diversificada que permita incluir la práctica totalidad de la demanda existente, teniendo en cuenta el aprovechar al máximo las posibilidades existentes de una economía de escalas si esta oferta de servicios es gestionada y/o ejecutada desde la infraestructura de una residencia de anciano.

Valoración de los usuarios

Es de todo conocido, que una buena valoración sirve como base para la elaboración de un buen plan de cuidados y prescripción de un tratamiento adecuado. En el ámbito de la atención a las Personas Mayores, la Valoración Geriátrica Integral permite recoger muchos datos importantes relacionados con la situación clínica, mental, emocional, funcional y social de los usuarios que son atendidos en nuestros centros. Esta información permite a los profesionales asistenciales plantear decisiones para los problemas previamente detectados en los usuarios basándose en los conocimientos profesionales, la experiencia y el sentido común.

Valorar la situación funcional y sanitaria de cada residente, permite el seguimiento periódico de la situación de necesidad de atención, posibilitando la continuidad de cuidados.

Este esquema de valoración geriátrica sigue siendo válido en la actualidad, pero presenta una serie de lagunas que dificultan la mejora continuada en la calidad de la atención residencial:

- Falta de una sistemática común de valoración que permita tener el mismo tipo de información de todos los residentes y para todos los profesionales de la organización y a lo largo del tiempo.
- Dificultades para estandarizar aquellas intervenciones que tienen demostrada una mayor efectividad para solucionar un problema.

- Dificultad de usar un lenguaje y una metodología común que favorezca el trabajo interdisciplinar.
- Dificultad para evaluar el resultado de las diferentes intervenciones.
- Imposibilidad de conocer de forma global las características de los usuarios de la organización, de cara a utilizar adecuadamente los recursos asistenciales que deben emplearse en cada caso.

Es por todo lo anterior que en el Servicio Regional de Bienestar Social se decidió emplear el sistema de valoración denominado RAI-NH (Resident Assessment Instrument – Nursing Home) es decir, Instrumento de Valoración de Residentes de aplicación en Residencias, sistema de valoración de residentes estandarizado y de aplicación universal.

Este sistema de valoración RAI facilita entre otras cosas:

Ayuda a los profesionales de los centros a acumular información adecuada sobre aquellas aptitudes y necesidades de cada residente hacia las que habrá de dirigir el plan de cuidados individualizado.

Orienta al personal del centro a considerar a sus residentes de forma integral, es decir, como individuos para los que la calidad de vida y la calidad de los cuidados recibidos resultan importantes y necesarios.

Permite un seguimiento de la evolución de cada residente en función del tiempo ya que establece una periodicidad fija para realizar nuevas valoraciones. Ayuda al personal a evaluar si se han logrado los objetivos previstos y a revisar los planes de cuidados, ya que permite al centro seguir cualquier cambio en el estado del residente.

Vemos por tanto que el RAI aporta un procedimiento estandarizado y estructurado que permite aplicar un método de identificación de problemas en centros de cuidados crónicos. El resultado final es un proceso que fluye sin interrupción desde un componente al siguiente y permite una buena comunicación y el seguimiento de los cuidados de cada uno de los residentes.

El Servicio Regional de Bienestar Social adecuó la metodología RAI al entorno específico de la Institución. Para ello se procedió a realizar aquellas adaptaciones que, manteniendo las virtudes anteriormente expuestas del sistema RAI, permitiera una mejor adaptación al trabajo asistencial de la Institución. Nace así el sistema Clasificación Funcional de Residentes (C.F.R.).

El sistema C.F.R. conserva las herramientas en las que basa su potencia el sistema RAI-NH. Éstas son:

Conjunto Mínimo Básico de Datos (Minimun Data Set-MDS en el original del RAI). Es el elemento central, que regula la información necesaria a recoger para que el sistema funcione. Se emplea un método que estandariza las áreas de valoración por medio de unas definiciones específicas cerradas. Además, la información se recoge de forma codificada, lo que es esencial para su utilización y explotación posterior. Vemos, por tanto, que los datos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sirven para crear un lenguaje común que facilita la comunicación sobre problemas y trastornos de cada uno de los residentes dentro del mismo centro, entre diversos centros y entre centros y organismos externos.

Grupos por Utilización de Recursos (Resource Utilization Groups-RUG en el original). Aplica la información recogida en el CMBD para clasificar a cada residente de la institución en un grupo en función del consumo de recursos asistenciales. Cada grupo está constituido por aquellos residentes que tienen características asistenciales similares y, por tanto, tienen un consumo de recursos equivalentes. Esta herramienta tiene gran valor para la gestión eficiente de los servicios.

Puntuación de autonomía para las Actividades de la Vida Diaria. A partir de algunos ítems recogidos se puede medir el grado de autonomía para las Actividades de la Vida Diaria para cada residente. Se trata de una escala validada y que sirve para hacer el seguimiento de la evolución del residente en esta esfera específica.

Nivel de deterioro cognitivo. Al igual que en el epígrafe anterior, se puede obtener el grado de deterioro cognitivo, estableciéndose unos puntos de corte que definen distintas situaciones cognitivas.

Procedimientos para Identificar Alertas-PI.A. (Resident Assessment Protocols-RAP en el original). Elemento fundamental del sistema ya que permite detectar los problemas y las necesidades de cada residente a partir de la valoración. En algunos casos, esta señal de “alerta” deberá asociar una investigación más profunda que permita obtener la causa del problema y sus posibles soluciones. Por tanto, los PIA ayudan a identificar problemas sociales, sanitarios y psicológicos y sirven de base para la planificación de cuidados individualizados.

La valoración con el cuestionario C.F.R. actúa como sistema de cribado inicial para obtener una imagen global del residente, de su situación funcional y cognitiva. Además, nos permite identificar problemas específicos que requieran de un estudio e intervención más profunda. Esta función de “detector de problemas” es la que recae sobre los PIA.

Esta valoración además de permitirnos realizar el diseño de planes de cuidados individualizados, buscando la mejor atención diaria y centrando los cuidados en la persona, nos sirve para obtener una fuente estandarizada de datos sobre los residentes, que permita su posterior explotación estadística con fines epidemiológicos.

Facilita el poder realizar estudios comparativos con otras residencias, que nos permita mejorar la atención. También podemos elaborar un sistema de indicadores de calidad, que permita evaluar, de forma periódica, los diferentes aspectos de la asistencia prestada, en los centros residenciales en que lo aplicamos. Y por último nos va a permitir diseñar los recursos asistenciales de la forma más eficiente posible.

Protocolización de la asistencia

En un entorno en que la demanda social obliga al sistema de servicios sociales a hacer cada vez más con menos, se impone la necesidad de mejorar todas las dimensiones de la atención, la eficiencia incluida.

Si hasta hace poco proporcionar los servicios primordiales de alojamiento y manutención al usuario era el objetivo, el espectacular desarrollo de nuevos centros residenciales, junto a la reducción de las diferencias en equipamientos y tecnologías de los centros sociales y sanitarios de un mismo entorno y el aumento de la expectativa social, han provocado que la mayor variabilidad entre éstos se encuentre ahora en la forma en que cada centro planifica y organiza la atención a sus usuarios y, concretamente, en cómo gestionan los elementos que, en definitiva, condicionan la calidad percibida por el usuario.

Debemos hacer nuestras las palabras de Deming cuando afirmaba que “una organización sólo alcanzará el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes”. El concepto de Mejora Continua se basa fundamentalmente en esta premisa y obliga a las organizaciones que tienen a gala el compartir esta cultura de la calidad a poner en el centro de su atención al cliente (externo e interno), obligándonos a aplicar reingeniería organizativa para “orientar nuestra atención hacia el usuario”, siendo éste el eje sobre el que asentar la organización y todas y cada una de las sus operaciones.

Las actividades asistenciales realizadas diariamente en un centro residencial por los profesionales de atención con sus usuarios tienen, como mínimo, cuatro aspectos fundamentales:

Atención en las actividades básicas de la vida diaria. Los profesionales de atención les proporcionan todos los cuidados que el usuario no puede proporcionarse a sí mismo por sus deficiencias físicas, psicológicas o por el simple deterioro de la edad. Esto se produce en mayor medida en los mayores de 80 años (Estudio del CIS-INRSO 1998). En personas mayores institucionalizadas el 20% presentan altos índices de dependencia.

El conseguir que estos cuidados se den de la forma más natural posible y de acuerdo a unos criterios mínimos de calidad y según las preferencias de los usuarios es el principal aspecto de la atención residencial.

Gestión de problemas de atención. El profesional recoge e interpreta los datos que pone de manifiesto el usuario, le interroga acerca de otros datos que considera necesarios, examina al residente en busca de signos físicos relevantes, solicita o realiza las exploraciones complementarias que considera necesarias obteniendo nueva información a través de ellas y, finalmente, decide la causa del problema que presenta el usuario y la conducta a seguir en el cuidado que le parece más apropiada.

Actividades preventivas. Éstas no sólo implican la mera prevención de la enfermedad, como podría ser el tratamiento preventivo de algunas patologías que podría llegar a padecer un individuo mediante, por ejemplo, las vacunaciones, sino también la prevención y reducción de la dependencia, la promoción de la salud y la autonomía, mediante la educación sanitaria destinada a que los pacientes conozcan y sean conscientes de los principales factores de riesgo que más probablemente podrían afectar a su salud. Es importante la búsqueda sistemática de enfermedades prevalentes en período pre sintomático y en las cuales una intervención precoz puede mejorar el pronóstico funcional en el anciano.

Seguimiento y control de síndromes geriátricos y enfermedades crónicas. Los mayores tienen unas características fisiológicas que les predisponen a padecer unas determinadas patologías. Algunas de ellas, debido a su alta prevalencia e incidencia en la población anciana, a su origen multifactorial, a las distintas consecuencias a las que abocan, y a la alteración significativa de la capacidad funcional del anciano, son a lo que llamamos grandes síndromes geriátricos.

El control y seguimiento de pacientes con enfermedades establecidas, ya sean crónicas o recurrentes, y el de los llamados Síndromes Geriátricos, para prevenir y controlar el desarrollo de complicaciones en las que una intervención precoz podría mejorar los resultados, son algunas de las funciones principales de los profesionales de atención en residencias de mayores. Sin olvidar el pautar el tratamiento correcto, así como todas aquellas actividades de cuidado que minimizan los efectos de estas enfermedades en los residentes que las padecen.

Todos estos aspectos implican una serie de decisiones asistenciales que los profesionales de atención deben tomar diariamente. Estas decisiones pueden ser distintas dependiendo del profesional que la tome, pues todos sabemos que existen infinitas combinaciones de posibles conductas a seguir en la atención.

Esta diferencia en la conducta a seguir se convierte en uno de los problemas más serios que aparece en la atención de mayores, es decir, la manera muchas veces diferente que se adopta por los profesionales en las formas de atención. No solo nos referimos a las decisiones a tomar en las posibles patologías, sino también a la atención de cuidados a proporcionar en las actividades básicas de la vida diaria.

Por ello, dentro de un **plan de mejora de la actividad asistencial de cualquier organización dedicada a la atención a las personas mayores** y como un elemento importante en el objetivo de armonizar la atención proporcionada a los usuarios, debe realizarse la protocolización de las principales actividades de la atención diaria facilitada a estas personas y de todos aquellos problemas geriátricos que les afecten en mayor medida. También es importante protocolizar aquellos aspectos de la atención que por su importancia en la gestión, por su significación social o por su trascendencia legal, aconseja que la decisión a tomar en cada caso no este solo sujeta a la variabilidad de las decisiones individuales de los profesionales.

¿Qué protocolizar?

- Lo que es fundamental en la atención.
- Lo que significa riesgos.
- Lo que se repite y es complejo.
- Lo que se repite y es costoso.
- Lo que genera desacuerdos.
- Lo que requiere una actuación rápida.
- Lo que exige la Norma.
- Lo que nos permite mejorar.

Cuando hablamos de protocolización, nos referimos a estructurar las acciones a realizar de una forma clara y común basándonos en la experiencia acumulada, de aquellas actividades que, por su significación clínica o por su frecuencia, suponen las principales acciones que realizamos con los usuarios en la atención asistencial. Esto nos permite comparar nuestra actuación con un punto de referencia que de forma consensuada se ha considerado óptimo.

Toda residencia de mayores debe contar con un marco asistencial global en el cual se defina el concepto de residencia que se desea, los objetivos y los principales criterios organizativos y asistenciales. Mediante los protocolos asistenciales se establecen los pasos a seguir con el objetivo de conseguir una correcta asistencia del residente, de forma que cada profesional sepa cómo actuar en todo momento. Un protocolo, ya sea de actuación clínica o de gestión, implica como premisa fundamental, el acuerdo entre todas las partes afectadas por el mismo. Eso se realiza mediante la creación de grupos de trabajo con profesionales.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

Los protocolos profesionalizan el sector de atención a los mayores: son como un manual de buena práctica, una guía de pasos a seguir en cada intervención de trabajo de los diferentes profesionales presentes en la residencia. Los protocolos sirven de pauta de trabajo, indican como se ha de hacer cada cosa y en qué orden, a fin de conseguir prácticas adecuadas. Son orientaciones para el personal de nueva incorporación y expresan, en definitiva, el grado de calidad que como servicio público deseamos conseguir a fin de mejorar cualitativamente la atención que ofrecemos a nuestros mayores.

Definimos como protocolo, aún sabiendo la dificultad que entraña esta definición, a una estructuración ordenada sobre un tema específico, que permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre los profesionales que van a utilizarle, sencilla metodológicamente, eficiente y que crea un formato de registro de datos que permite evaluar su aplicación y resultados, con objeto de mejorar la calidad de la asistencia.

Pero no debemos olvidar en la protocolización de la atención al usuario, este ha de adquirir un papel protagonista, no sólo como receptor de servicios, sino como creador de opinión sobre aquellos aspectos de su atención que le importan: organización del método de información, voluntades anticipadas, elaboración de documentos relativos al consentimiento informado, cuidados básicos del anciano enfermo, etc. Cuidar estos aspectos, o más bien realizar todas las fases del proyecto pensando en lo que desea el usuario, no lo que nosotros creemos que necesita el anciano, es lo que va a garantizar el éxito del proyecto de protocolización.

En los Centros dependientes del Servicio Regional de Bienestar Social, trabajando de forma adecuada, pero como consecuencia del origen o procedencia dispar de los mismos, necesitaba un modelo unificado o unitario de actuaciones. Buscábamos homogeneidad en las acciones realizadas y con ese fin, y siendo conscientes del buen hacer de los profesionales de los centros pero con diferencias en la forma de realizar los cuidados, en el registro de los distintos componentes de una actividad e incluso en la persona responsable de realizarlo, es por lo que fue necesario acometer dentro del **Plan de Mejora de la Actividad Asistencial**, la armonización de procedimientos entre los distintos centros, crear elementos de registro comunes y proporcionar a los profesionales unas actualizaciones de lo existente en la literatura en relación a la actividad asistencial.

En este marco, resultaba prioritario establecer unas pautas que definan principios asistenciales de nuestros Centros, un modelo racional normalizado y homogéneo que se plasme a través de Programas, Protocolos o Guías de Intervención, basados en la evidencia científica o en el consenso de expertos, que determinen la Cartera de Servicios.

El Servicio Regional de Bienestar Social, a través del Área de Coordinación de Centros Asistenciales, identificó las principales áreas de mejora de nuestra organización desde el punto de vista asistencial. Se procedió a adecuar y mejorar las herramientas informáticas utilizadas, se valoró y clasificó a los usuarios por grupos funcionales de necesidades de cui-

dados y se desarrolló la protocolización de las principales actividades dirigidas a la atención diaria a las personas mayores y de aquellos problemas geriátricos que les afecten en mayor medida. Todo ello buscando una mejora de la calidad asistencial y, por ende, de la calidad de vida de los usuarios a los que prestamos nuestros servicios.

Para ello, metodológicamente, se utilizó el conocimiento científico junto al análisis de las principales áreas que los profesionales consideraban necesarias de protocolizar. Una vez identificadas, se procedió a la priorización para efectuar el abordaje de las mismas en forma de protocolos, estableciendo un proceso de estudio, consenso e implantación gradual y progresiva, adaptado a la dinámica y complejidad de los centros.

Atendiendo al orden de prioridad, se identificaron áreas de abordaje inmediato por afectar a todos los usuarios y ser esenciales en su vida diaria, como la Atención en las Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención al Baño, Higiene, Vestido, Alimentación e Hidratación, Transferencias, Evacuación, y Sueño. Del mismo modo, se detectaron áreas de atención geriátrica que requerían una pronta intervención para normalizar criterios entre los centros como la Hipertensión Arterial, Actividades Preventivas, Prevención y Actuación en Toxiinfecciones Alimentarias, Prevención y Actuación ante el Riesgo de Suicidio y algunos de los conocidos como Síndromes Geriátricos: Sujeciones Mecánicas, Caídas, Incontinencia, Úlceras Por Presión y los Cuidados en la Agonía al final de la vida.

Finalmente, se abordaron otros aspectos de la atención que, por su importancia en la gestión, por su significación social o por su trascendencia legal, aconsejaba llegar a un consenso en las actuaciones, como la Atención a la Defunción y la Muerte Violenta, Derivaciones a Urgencias Hospitalarias y a Consultas Programadas y la Actuación ante Ausencias No Justificadas.

En la actualidad, se sigue trabajando en otros aspectos de la atención que, sin perder relieve respecto a las enumeradas, que se detectó que existía una actuación más consensuada y homogénea entre los centros y, al mismo tiempo, eran objeto de menores demandas por parte de los usuarios.

En definitiva, se elaboró el mapa general de los protocolos a abordar, consensuar e implantar en el Servicio Regional de Bienestar Social, estableciendo, el total de los protocolos que consideramos necesarios en el Área Asistencial en una residencia de mayores, sin que esto quiera decir que en un futuro no sea necesario, abordar otras áreas temáticas.

La existencia de estos protocolos supone por si solos una garantía de una actuación profesional consensuada, controlada y valorada, suponiendo un factor importantísimo de garantía contra la existencia de maltrato o negligencia pues todos los profesionales conocen lo que tiene que hacer, en que momentos y de qué forma y permite el control de todas estas actuaciones profesionales evitando el trabajo individual poco controlado y sujeto a la variabilidad personal en actuaciones, que es lo que facilita actuaciones negligentes y faltas de profesionalidad.

Existencia de unos requisitos mínimos en residencias

Los gestores de Centros tienen una labor importante en la detección, control, y mejora de aquellas situaciones que pueden predisponer a un maltrato o negligencia en la atención en un centro residencial, pero el mejor método de detección es la formación pues lo que no se sabe no se conoce y no se comprende. Una adecuada formación en temas de maltrato, a las personas mayores, de los gestores, profesionales, personal de atención directa y en general de todo el personal que trabaje en centros, cuya misión sea la atención a los mayores, es la mejor vacuna para esa enfermedad moderna de nuestra sociedad.

Pero los gestores debemos detectar y corregir circunstancias que posibilitan, facilitan o generan el maltrato institucional, dependiendo del centro, el personal y los objetivos asistenciales, como serían, según dependan de distintas causas las siguientes.

Dependientes del edificio, infraestructuras y entorno: Existencia de barreras arquitectónicas; habitaciones compartidas por más de dos personas y con espacio insuficiente; mobiliario y decoración no armónico y en deficiente estado de conservación; insuficientes espacios comunes; inadecuada iluminación y señalización del edificio; insuficientes espacios para la atención sanitaria; inadecuada climatización y ventilación; inadecuada cadena del frío para alimentos perecederos y fármacos que lo precisen; inadecuada red telefónica; falta de lavandería; incorrecta instalación de agua que no garantiza la suficiente presión.

Dependientes de la planificación y gestión de los recursos humanos: Escasa plantilla de personal en función de sus necesidades, tamaño o cartera de servicios, Inadecuada asignación de responsabilidades profesionales y falta de definición en los requerimientos de calificación profesional, falta de incentivación, motivación y promoción del personal, excesiva carga de trabajo, inadecuados ritmos de trabajo, falta de formación continuada del personal, deficientes sistemas de supervisión y control de la actividad del personal.

Dependientes de la atención al usuario: Deficiencia o ausencia de un plan de atención individualizado, inadecuado trabajo en equipo, falta de reglamento de régimen interior; falta de respeto a los derechos de los usuarios, como hemos dicho anteriormente, falta de programas, tanto preventivos como de atención, de rehabilitación, terapia ocupacional, trabajo social, ocio y tiempo libre, sanitarios, de actividades básicas de la vida diaria, de trabajo con familiares, de prevención de la dependencia y de control farmacológico; inadecuada atención hostelera, menús poco variados, sin control médico, y con inapropiadas condiciones de presentación, conservación y temperatura, horarios de comida inadecuados para las costumbres de los residentes, la estación del año o la situación de los enfermos; falta de control continuado de los enfermos con escasa supervisión principalmente nocturna.

Dependientes de la dirección y organización: No existencia de cartera de servicios, falta de directrices y objetivos asistenciales definidos, falta de órganos de gobierno y organigrama definido, falta de sistema de participación de los usuarios y familiares, inexistencia de plan de actividades anual, inexistentes sistemas de información sobre incidencias, calidad de los servicios y riesgos existentes que permitan la toma de decisiones de una manera eficiente y ágil.

Satisfacción del usuario

No quiero terminar este artículo sin hablar aunque sea de pasada del importantísimo tema de la satisfacción del usuario. Trabajamos con personas y para personas, y el pensar en los mayores que atendemos debe ser el faro que guíe nuestra actuación. El tema de la satisfacción del usuario ha sido abordado normalmente desde la perspectiva de los profesionales que, con su experiencia y conocimientos, determinaban lo que era mejor para el paciente. Los nuevos modelos responden a una premisa fundamental: **el cliente es el centro de atención** y la calidad sólo se mejora cuando los procesos están diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades y expectativas. Este nuevo enfoque, que viene denominándose en la literatura como “**cuidados centrados o focalizados en el paciente**”, supone un cambio en la cultura de las organizaciones sociales y sanitarias y, en definitiva, en los profesionales, que deben ver y tratar al paciente “como si de un cliente se tratara”. Desde esta perspectiva es necesario que el profesional conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar la calidad de la asistencia.

El punto de partida, por tanto, es conocer las necesidades y expectativas de los pacientes para convertirlas en requisitos y en objetivos de calidad de la asistencia sanitaria. La satisfacción de las necesidades de los pacientes se convierte tanto en un derecho de estos, como en una cuestión ética para los profesionales y las organizaciones.

Los clientes quieren centros confortables y limpios (confort) en el que se sientan acogidos (trato) y en el que se les facilite en todo momento, en función de sus necesidades (accesibilidad), un acceso sencillo (circuitos) a unos profesionales, que con una disposición adecuada (disponibilidad) les atiendan en su momento (puntualidad) de una manera técnicamente correcta (capacidad técnica), con los medios adecuados (medios), informándoles de su situación (información). Y con la posibilidad de hacer valer sus derechos (reclamaciones).

Cuadro: ¿qué quieren nuestros clientes?

- Confort
- Trato
- Accesibilidad

- Circuitos
- Disponibilidad
- Puntualidad
- Capacidad técnica
- Medios
- Información
- Reclamaciones

Referencias

- AENOR. Normas UNE 158001-2-3-4-5-6 sobre gestión de servicios en las residencias de mayores; 2000
- BOE nº 299. LEY 39/2006, de 14 de diciembre; de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. 15 diciembre 2006.
- Comunidad de Madrid. Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores: Madrid: Servicio Regional de Bienestar Social-Comunidad de Madrid; 2007.
- Comunidad de Madrid. Clasificación Funcional de Residentes: CFR. Proceso Técnico-Asistencial 2 (Documento nº 8). Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Regional de Bienestar Social; 2004.
- Comunidad de Madrid. Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado: La residencia como espacio de convivencia y de salud. Madrid: Comunidad de Madrid, Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2003.
- Diputación Foral de Álava. Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas: Vitoria. Diputación Foral de Álava, Departamento de Bienestar Social; 1996.
- Fernández- Ballesteros, R. "Gerontología Social." Ed. Pirámide. Madrid 2000.
- Grupo de Calidad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 100 Recomendaciones Básicas Para Fomentar la Calidad en Residencias de Personas Mayores [monografía en internet. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2004. Disponible en: http://www.segg.es/segg/pdf/guias_recomendaciones/100Recomendaciones.pdf.
- IMSERSO. Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia. Madrid: IMSERSO. Diciembre 2006.

- IMSERSO. Las personas mayores en España: Informe 2006: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO, 2006.
- Leturia A FJ, Yanguas LJJ, Arriola ME, Uriarte MA. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico. 1ª ed. Madrid: Caritas española, Editores; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: 2002
- Ribera JM; Gil P. Problemas Éticos en relación con el Paciente Anciano. Clínicas Geriátricas. Madrid 1995.
- Sánchez-Caro J. La ley sobre la autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas. Revista Administración Sanitarias; 2003. 1: 189-202.
- Trinidad D. La residencia como alternativa: ¿Cuándo, cuales, como?. En Ribera JM; Gil P "Atención al Anciano en el Medio Sanitario". Clínicas Geriátricas; Madrid 1998.

2.2. Combatiendo el abuso a los mayores (experiencia holandesa)

Mirjam van Dongen

*Embajadora Nacional en Holanda de la campaña
"PAREMOS el Abuso de Mayores"*

Introducción

La forma de tratar el abuso de mayores en Holanda tiene su origen en 1992 cuando dos centros de investigación comenzaron a trabajar con centros de información. Los resultados de dichos experimentos fueron la causa de que el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes (VWS) se fijara como objetivo la cobertura a nivel nacional. Como consecuencia de ello, en 1996 se fundó el Centro Nacional de Apoyo para la Lucha contra el Abuso de Mayores. Básicamente, este centro de apoyo tenía dos objetivos.

El primer objetivo era acabar con el tabú del abuso de mayores. El segundo objetivo era la incentivación de las redes regionales para proporcionar a los cuidadores instrumentos tales como protocolos o métodos para abordar el abuso de mayores con éxito. Reconocer, detectar e intervenir fueron los conceptos clave.

Cuando en 2003 el ministerio interrumpió el subsidio LSBO, aproximadamente dos quintas partes del país estaban cubiertas con centros de información y/o redes de consultas. Dichas redes decidieron continuar por sus propios medios con el nombre de Plataforma Nacional de Lucha contra el Abuso de Mayores /LPBO.

El Ministerio de VWS había decidido cerrar el expediente del abuso de mayores, pero el Ministerio de Justicia inició un programa de incentivación de la lucha contra la Violencia Doméstica, enfocado hacia la violencia relacional y destinado a proveer a la nación entera con Centros de Orientación y Apoyo por Violencia Doméstica.

El LPBO hizo entonces todo lo posible para estar en contacto con este desarrollo. Existían diversas razones para ello, relacionadas con razones de contenido, organización y estrategia. Las razones de el contenido consistían principalmente en que el abuso de mayores es una forma de violencia doméstica. Es un abuso por parte de personas con las cuales la persona más mayor tiene una relación personal: miembros de la familia, vecinos, amigos, voluntarios o cuidadores profesionales. Las razones organizacionales están relacionadas con el registro, logística, publicidad, educación y la combinación de habilidades, materias en que se tienen más oportunidades de éxito con un esfuerzo conjunto que las

que tendrían por sí solos. Y las razones estratégicas consistían en que el hecho de estar en contacto con el programa de Violencia Doméstica ofrecía una base más amplia y mejores oportunidades financieras para las redes regionales.

En 2005 surgió un nuevo incentivo. Los ministros de justicia y VWS pusieron a su disposición fondos como un instrumento para que los municipios combatieran el abuso de mayores a nivel local y para la **campaña PAREMOS el Abuso de Mayores**. Dicho instrumento se llamó **“No lo verás hasta que lo creas”** (Creer es ver) y contenía una descripción de buenas prácticas a nivel nacional. De hecho, la campaña tenía el mismo punto de partida que el LPBO, p.ej. hacer que las autoridades y organizaciones sociales tomaran conciencia del problema del abuso de mayores.

Objetivo de la campaña

El objetivo práctico de la campaña era difundir los folletos de manera efectiva e incentivar que cada municipio de Holanda tuviera una dirección o línea telefónica de ayuda a profesionales para acudir en caso de necesitar información sobre el abuso de mayores y referencias de cuidadores especializados. Actualmente casi todo el país tiene estas direcciones y líneas telefónicas de ayuda. En aproximadamente el 95% de los municipios holandeses, los profesionales y el público en general pueden acudir a una oficina de información.

Método de la campaña

Ante todo, la campaña se lleva a cabo por parte de tres organizaciones: La Plataforma Nacional para la Lucha contra el Abuso de Mayores (LOBO), Vilans y Movision.

Para ayudar en el proceso de la campaña se nombró a un embajador, y yo soy ese embajador. Soy el presidente del LPBO y desde que me comprometí con la salud mental también me impliqué inmediatamente en el proyecto de luchar contra el abuso de mayores en mi región, Dordrecht. En mi calidad de embajador, viajo por el país y delego esta responsabilidad entre las provincias y municipios donde se ha hecho poco o nada en relación con la lucha contra el abuso de mayores.

A nivel local hemos iniciado la realización de conferencias sobre el abuso de mayores, con la asistencia tanto de profesionales de la política como de los que se dedican a la asistencia.

Además de las conferencias sobre el problema del abuso de mayores también organizamos talleres donde discutimos entre nosotros sobre la importancia de la promoción de habilidades (formación), un sistema de detección más eficaz y las condiciones que sean necesarias para posibilitar la lucha contra el abuso de mayores. Estos talleres también manifiestan claramente la fuerza de las organizaciones locales implicadas. Se combinan aquellas que detectan los lugares donde existe un abuso de mayores y las que cuentan

con profesionales del trabajo social. Afortunadamente, puedo consultar a los centros de información y centros de orientación y apoyo por violencia doméstica y a las redes.

Además de estas acciones locales hemos realizado cuatro hojas de datos en los dos años anteriores, una página web que contiene información sobre en qué puntos de Holanda se encuentran los centros de información, así como un boletín informativo que utilizamos para informar sobre el estado de las cosas. Esta información la transmitimos a los ayuntamientos, organizaciones de asistencia, organizaciones provinciales, grupos de interés para cuidadores no profesionales, etc.

La fuerza del método está en realidad basada en el hecho de que utilizamos las organizaciones locales. En Holanda, todos los ayuntamientos tienen diferentes programas, cada municipio tiene sus propias figuras clave. Existe un formato nacional, pero su ejecución se lleva a cabo a nivel local. Esto es crucial. La puertas se abren para el embajador nacional, pero el trabajo debe realizarse por personas conocidas a nivel local, ya que así tiene más atractivo.

Los folletos se han difundido, y en un 95% de los municipios se ha establecido una oficina de asistencia. ¿Es esto suficiente? No, esto es claramente sólo el principio.

De todas maneras, lo que está claro es que la fuerza de nuestra campaña se sustenta principalmente en el enfoque local. Se ha situado este tema en la agenda de los municipios, y especialmente en la agenda de las organizaciones locales tales como las de apoyo a cuidadores no profesionales, los servicios de salud mental, servicios sanitarios generales, la policía, Fundaciones para el Bienestar de las Personas Mayores, cuidado en el domicilio etc. Se les indican sus responsabilidades y se les enseña a detectar las señales y a iniciar la ayuda.



Figura I. Folleto de la campaña PAREMOS el Abuso de Mayores

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

A pesar de que la estructura del centro de orientación y apoyo por violencia doméstica es una buena elección, parece que todavía hay muchas diferencias de contenidos entre el tratamiento del abuso de mayores y el de la violencia doméstica.

Coinciden en lo que concierne a la lucha contra la violencia relacional, como el abuso mental, físico y sexual. Pero la desatención y privación de los derechos elementales, y por otro lado la explotación financiera, son fenómenos que siempre han pertenecido al ámbito del abuso de mayores y no a la violencia doméstica. Y los canales de cuidados implicados en el abuso de mayores no siempre se corresponden con los de la violencia doméstica. Especialmente la red de apoyo a los cuidadores no profesionales y la red de bienestar para gente mayor están fuera de estos canales.

Método de la campaña “PAREMOS el Abuso a los mayores

- Conferencias a profesionales
- Talleres a profesionales implicados y organizaciones locales
- Página web
- Boletín informativo a organizaciones implicadas, ayuntamientos, grupos de interés,...
- Difusión de folletos a municipios
- Oficina de asistencia en la mayoría de municipios
- Introducción en la Agenda de municipios y organizaciones locales (sanitarias, policías, cuidadores,...)

Resultados y perspectivas de futuro

Lo que es y seguirá siendo un punto de mayor interés para el futuro es la promoción de las habilidades, es decir, la formación de profesionales y voluntarios en el ámbito del abuso de mayores, incrementando la conciencia entre los cuidadores no profesionales y las personas mayores en sí mismas, pero también la promoción de la especialización en acciones sistemáticas para la lucha contra el abuso de mayores.

Para conseguir todo ello, Movison (Desarrollo social del centro de conocimiento y asesoramiento = Centro de Desarrollo Social de Holanda) desarrolló el llamado documento

ajustable en el cual, corroborados por ejemplos prácticos, se describen los métodos de cuidado que rodean al abuso de mayores. La gestión del caso concreto juega aquí un papel importante, tal y como en todas las situaciones de cuidado de personas.

Otro resultado de la campaña es la atención creada a nivel de política nacional. Al mismo tiempo se ha organizado una conferencia de mesa redonda para la Segunda Cámara del Parlamento Holandés y se han producido diversas sesiones de preguntas. El Ministro de Estado pidió a Movison y Vilans que establecieran un plan para la campaña PAREMOS el Abuso de Mayores.

En resumen: estamos en el buen camino, pero todavía no hemos llegado a destino. El enfoque de la campaña parece ser bueno.

Los factores de éxito son:

- Nombrar un Embajador.
- Dirigirse a organizaciones responsables con respecto a la política, organización y asistencia, (a nivel de diseño y ejecución de políticas, p.ej. autoridades locales e instituciones de asistencia y bienestar).
- Actuar en conexión con la política gubernamental, en el caso de la situación holandesa, con el desarrollo relativo a la violencia doméstica.
- Actuar en conexión con las estructuras y organizaciones existentes.
- Crear sistemas de apoyo.
- Actuar juntos siempre que sea posible, separados sólo si es necesario.
- Situar el asunto en la agenda, dando información y formando.
- Responder a las demandas y necesidades de los trabajadores implicados.

La campaña finalizó en 2007.

Hemos finalizado recientemente las negociaciones con el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes, en un nuevo inicio, aunque aún no se han equipado suficientemente todos los centros de asesoramiento y ayuda de violencia doméstica, y todavía queda un largo camino en relación a la formación y el desarrollo de los métodos que realmente funcionan. Hemos aprendido mucho del desarrollo en materia de violencia de pareja y abuso de menores en los últimos años: este proyecto va a necesitar más tiempo.

Afortunadamente el gobierno ha dado su aprobación para tres años más. Los utilizaremos para asegurar más garantías y para su consolidación. Asimismo, estaremos trabajando en

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

métodos de cuidado y asistencia. Hemos aprendido e invertido mucho en la estructura y fortalecimiento de la especialización, pero ahora debemos centrarnos en los métodos de cuidado y asistencia. Esto todavía no ha recibido la atención suficiente. ¡Tenemos mucho que hacer en Holanda!

2.3. Detección temprana del maltrato en el anciano: signos de sospecha

Concepción Fernández Garrido

Médico Medicina General

Centro Municipal Salud

Introducción

El maltrato en el anciano es un problema antiguo, pero la toma de conciencia del fenómeno por parte de los profesionales y la toma de conciencia social es bastante reciente.

Las primeras publicaciones científicas sobre este problema datan de finales de los años 70, principios de los 80, y sólo hablaban de maltrato a mujeres, en el ámbito familiar y de tipo físico. Actualmente, es reconocido como un problema mucho más complejo: afecta a ambos sexos, se puede dar en el ámbito familiar, comunitario e institucional y son muchas las formas y tipos de maltrato.

La OMS aborda por primera vez la violencia contra las personas mayores en la “II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” (Madrid, 2002).

El primer problema que surgió es la necesidad de consensuar el concepto para hablar del tema: ¿qué consideran las personas mayores que es maltrato? ¿qué consideran los profesionales que es maltrato? Diversos estudios como “Las Voces Ausentes” (INPEA 2002) nos aportaron los significados que el maltrato tenía para los diferentes grupos.

Con todo ello, aceptamos como definición del “maltrato a personas mayores” (MTPM) la realizada por el Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano en la Primera Conferencia de Consenso (1995): “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurre en el medio familiar, comunitario e institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía del resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.

Ante una definición de esta complejidad: intencionado o no, acto u omisión, en medios variados, tipos variados, objetivable o no..., comprendemos que nos encontramos ante un problema multifactorial que sólo desde el abordaje multidisciplinar podremos tratar.

Conceptos previos

Los datos más aceptados en la bibliografía internacional establecen una prevalencia entre el 3% y el 12%, correspondiendo los porcentajes más altos a las personas más ancianas y con mayor dependencia.

En nuestro país, la media de prevalencia entre los diferentes estudios está en un 6%, y entre el 26-50% de los casos van a tener más de una forma o tipo de maltrato. Los hijos aparecen como principales responsables del maltrato en el contexto familiar (aprox. 45-60%) y en segundo lugar se encuentra el cónyuge.

Se trata de un “Fenómeno Iceberg”, donde sólo se detectan 1 de cada 6 casos o, lo que es lo mismo, entre 5 y 7 de cada 8 casos permanecen ocultos. Además, se están produciendo cambios sociales: la incorporación de la mujer al mercado laboral, que era la cuidadora tradicional; la disminución del tamaño de las familias, con la consecuente disminución del potencial número de cuidadores; y el aumento de la esperanza de vida, que conlleva un aumento del número de personas mayores de 65 años que van a precisar cuidado, provocando una sobrecarga social y un aumento del número de años en que estas personas van a necesitar ser cuidadas. Sabiendo que a mayor tiempo de cuidados, mayor frecuencia de maltrato, el problema se acrecentará en el futuro.

Todo ello hace que veamos el problema de los malos tratos a las personas mayores como un auténtico **problema de salud pública** y que implique una **mayor responsabilidad de los profesionales** que deben sospechar, detectar y confirmar el maltrato.

Prevención primaria

La prevención primaria trata de que no se produzcan malos tratos a mayores y puede intervenir con estrategias sobre la población general y/o sobre la población en riesgo.

Estrategias sobre la población general

- Desarrollar una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y rechace la violencia mediante: acciones informativas y formativas desde la familia, colegios, sistemas sanitarios, sociales...; reconocimiento de la valía de las personas mayores y sus aportaciones a nuestra sociedad; actitudes no edaístas; cambio de mentalidad en el concepto de utilidad social; etc.
- Crear estructuras que permitan la provisión de servicios para prevenir y responder de forma adecuada ante una demanda: dotaciones económicas adecuadas; suficiente número de plazas, recursos y profesionales; formación y sensibilización de los profesionales, etc.

Estrategias sobre la población en riesgo

Entendemos como población en riesgo cualquier persona mayor de 65 años, sólo por el hecho de tenerlos.

En este punto, los equipos de atención primaria tienen un lugar privilegiado de actuación.

- Fomentar y estimular la independencia de las personas mayores
- Favorecer su autovaloración
- Promover la integración y evitar el aislamiento social
- Mantener a las personas mayores activas, tanto física como mental y socialmente.

Para llevar a cabo estas estrategias contamos, entre otros, con los siguientes recursos:

- Programa de Prevención/Promoción de la Salud en ancianos, ya presente desde hace tiempo en los EAP, cuenta con escalas de medida de salud, campañas de vacunación, control de constantes vitales, visitas domiciliarias, evaluación periódica de autonomía, etc.
 - Taller EPS para Mayores “Pensando en nosotros”, elaborado por Madrid Salud, con duración de un mes, en el que se tratan temas variados, se realiza diariamente relajación y una tabla de movilidad articular, tratando de crear hábitos que luego las personas mayores trasladen a su vida.
- Detectar situaciones / factores de riesgo

I) Asociados a la víctima

- Dependencia física para las actividades de la vida diaria.
- Dependencia psíquica, especialmente si hay alteración de las funciones cognitivas.
- Dependencia emocional, alteración del estado de ánimo.
- Aislamiento social.
- Existencia de violencia familiar previa.
- Ser mujer.
- Edad: mayor de 75 años.

2) Asociados al responsable del maltrato

- Ser cuidador desde hace mucho tiempo, lo que le facilitará el agotamiento y el aislamiento social.
- Problemas económicos del cuidador o dependencia económica de la víctima.
- Crisis vital reciente o estrés del cuidador.
- Abuso de drogas.
- Trastorno mental.
- Cuidador único, inmaduro y/o aislado socialmente.
- Asociados al entorno o estructurales.
- Pobreza o falta de recursos.
- Discriminación de las personas mayores por edad.
- Imágenes estereotipadas de la vejez.
- Relaciones intergeneracionales deficientes.
- Asociados a los malos tratos institucionales.
- Personal poco preparado.
- Bajos salarios del personal.
- Sobrecarga de trabajo.
- Escasez de recursos materiales.
- Normas de funcionamiento inadecuadas.
- Obstinación diagnóstica y/o terapéutica.
- Falta de controles e inspección.

Con diferentes estudios realizados en los casos de maltrato en el ámbito doméstico, se ha elaborado una especie de retrato robot tanto de la víctima tipo como del responsable tipo del maltrato:

Perfil de la víctima:

- Mujer; viuda, mayor de 75 años.
- Vive con su familia.

- Ingresos inferiores a 6.000 €/año.
- Anciana frágil.
- Depende del cuidador para las actividades de la vida diaria.
- Presenta vulnerabilidad emocional y psicológica.
- Toma más de 4 fármacos.
- En el último año ha sido visitada por un médico, enfermero o trabajador social.

Perfil del responsable de los malos tratos:

- Hijo/a o pareja de la víctima.
- Presenta trastorno mental.
- Consume alcohol y/o drogas.
- Presenta conflictividad con la persona mayor.
- Posee escasa preparación para cuidar y no comprende la enfermedad.
- Lleva como cuidador más de 9 años.

Cuando detectamos personas que presentan factores de riesgo como posibles víctimas y si su cuidador los presenta como posible responsable del maltrato, debemos extremar nuestra alerta. Pero no toda persona con factores o situaciones de riesgo va a sufrir maltrato. Debemos tener cuidado con la “caza de brujas”, ya que en nuestra sociedad, las familias realizan mayoritariamente un cuidado adecuado de sus mayores aún en situaciones muy desfavorables.

A pesar de todo, a veces no podemos evitar que el maltrato ocurra y tendremos que pasar al siguiente punto, la detección temprana.

Detección temprana del maltrato en el anciano

Nuestro objetivo será minimizar en lo posible las consecuencias en la víctima de maltrato.

A veces, no resulta fácil detectar un fenómeno que en muchas ocasiones permanece oculto, escondido por los propios protagonistas del mismo. Pero es una **necesidad** su detección y una **responsabilidad** por parte del profesional.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

Existen una serie de elementos generales que dificultan la detección:

- Falta de precisión en la definición del maltrato a las personas mayores.
- Diferentes puntos de vista e intereses entre los distintos profesionales y/o grupos sociales ante esta realidad.
- Heterogeneidad del entorno en que se realiza la detección.
- Escasa formación y/o sensibilización de los profesionales asistenciales.

Asimismo, los profesionales pueden encontrar barreras u obstáculos específicos para su detección:

Barreras por parte de la víctima del maltrato

- No reconocer la existencia de los malos tratos: temor a posibles represalias, temor a perjudicar al maltratador que es su familiar, sentimientos de culpa, vergüenza, chantaje emocional del maltratador; pensar que no les van a creer,...
- Sufrir deterioro cognitivo, lo que le incapacita para informar y pedir ayuda.
- No ser consciente de estar siendo maltratado.
- No saber a quién llamar o en quién confiar.
- Estar socialmente aislado.
- Depender del cuidador.
- No conocer los recursos disponibles.
- Aceptar el maltrato como algo normal.

Barreras por parte del responsable del maltrato

- Negación de los hechos.
- Aislamiento de la víctima, impidiéndole el acceso al sistema sanitario o a los servicios sociales.
- Temor al fracaso de su función como cuidador.
- Rechazo a cualquier forma de intervención por parte de los profesionales.

Barreras por parte de los profesionales:

- Carecer de formación o entrenamiento adecuado.
- No disponer de protocolos para la detección, evaluación e intervención (trabajo en equipo coordinado).
- No tener medios adecuados para el diagnóstico diferencial del maltrato cuando el anciano presenta lesiones, traumatismos, deshidratación, caídas, malnutrición, etc. detectados en atención primaria, urgencias, ...
- Asumir que la familia siempre proporciona apoyo y buenos cuidados.
- Incredulidad (principalmente en deterioro cognitivo leve)
- No tener claras las directrices de confidencialidad en situaciones de maltrato: el maltrato nunca puede estar sometido a una confidencialidad absoluta por parte del profesional.
- Temor a la reacción del maltratador; que aumente su ira hacia la persona maltratada.
- No querer verse involucrado en temas legales.
- Desconocer los recursos disponibles en los casos de detección o sospecha de maltrato.
- Sentir impotencia por existir unos recursos socio-sanitarios insuficientes. Las detecciones infructuosas acaban mermando la sensibilización por parte de los profesionales.
- Mantener actitudes edaístas.
- Tener escasa conciencia sobre el tema.
- Corporativismo cuando el maltratador es otro profesional.

Barreras sociales o culturales:

- Mantener actitudes edaístas, es decir, pensar que:
 - Los mayores tienen menos derechos.
 - No son productivos.
 - Tienen menos importancia social.
 - Son una carga familiar.
 - Perciben lo que merecen.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

No son actitudes explícitas, pero acaban traduciéndose en conductas.

- Insuficiente información y /o sensibilización sobre maltrato a personas mayores.
- Valores culturales: la sociedad española tiene unos valores que podemos ver representados en frases como “no es asunto suyo”, “los trapos sucios se lavan en casa”. Todo ello nos hace pensar que el maltrato es algo privado en lo que difícilmente entramos, en vez de pensar que el maltrato nunca es una cuestión privada.

A pesar de las barreras y dificultades que podemos encontrar para la detección de malos tratos a personas mayores, también existen **factores que pueden influir positivamente en el abordaje del maltrato**:

1. Concienciación y sensibilización de los profesionales que trabajan con personas mayores, manteniendo una actitud positiva y de escucha.
2. Conocimiento e identificación de los factores o situaciones de riesgo.
3. Conocimiento de los indicadores de alarma de los diferentes tipos de maltrato.

Indicadores de maltrato a personas mayores:

Son situaciones, conductas, síntomas o signos que pueden hacernos sospechar de maltrato a personas mayores. Pero su presencia no sirve de forma aislada para confirmar el maltrato.

Hay una serie de conductas o comportamientos, tanto de las personas mayores como del cuidador, que podemos considerar como indicadores de que se puede estar produciendo un maltrato a una persona mayor:

1. En la posible víctima

- Parece tener miedo o excesivo respeto al cuidador.
- No responde a las preguntas, mira al cuidador antes de contestar.
- Comportamiento cambiante ante la presencia o ausencia del cuidador en la sala.
- Presenta baja autoestima.
- Manifiesta soledad o carencias (amigos, dinero,...).

2. En el cuidador posible responsable del maltrato

- Sufre estrés o sobrecarga.
- Intenta evitar que el profesional esté a solas con la persona mayor.
- Contesta a las preguntas realizadas a la persona mayor; sin darle oportunidad de contestar por sí mismo.
- Obstaculiza la asistencia al mayor en el domicilio.
- Olvida las citas sanitarias de la persona mayor.
- Carece de formación para cuidar de la persona mayor.
- Muestra escaso autocontrol; está a la defensiva.
- Culpabiliza a la persona mayor.
- Verbalmente abusivo o extremadamente atento.

3. En la interacción entre la persona mayor y el cuidador

- Historias incongruentes o contradictorias entre las dos versiones.
- Relación claramente conflictiva entre ellos (discusiones, insultos,...) o indiferencia mutua.
- Recientes crisis o conflictos familiares.

4. Signos en el domicilio

- Aislamiento físico y/o psíquico de la persona mayor; encontrarla siempre sola, no integrada en la vida familiar ni en sus actividades.
- Dificultad para la intervención de los profesionales, múltiples excusas para abrir el domicilio a éstos.
- Vivienda con condiciones higiénicas inaceptables.
- Existencia de elementos de contención física, aunque el profesional no presencie su utilización.

5. Signos en las instituciones

- Abuso de psicofármacos.
- Despersonalización de la asistencia.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

- Infantilización en el trato.
- Poco respeto a la intimidad de las personas mayores.
- Negación de asistencia o procedimientos por razones de edad.

Existen también **indicadores específicos para cada tipo de maltrato**:

1. Maltrato físico

- Cortes, laceraciones, heridas. Magulladuras simétricas.
- Fracturas múltiples.
- Hematomas en diferentes estadios evolutivos.
- Lesiones en zonas escondidas del cuerpo.
- Quemaduras.
- Alopecia parcheada.
- Déficit de higiene cutánea o en el vestido.
- Deshidratación; pérdida de peso no explicable.
- Errores reiterados al dar la medicación.
- Cambios psíquicos: temor, ansiedad, depresión,...

2. Maltrato sexual

- Ropas rasgadas; manchas de sangre principalmente en ropa interior.
- Hematomas, cortes,... en mamas o área genital.
- Infecciones genitales o venéreas inexplicables.
- Sangrado vaginal o anal inexplicable.

3. Maltrato psicológico / emocional

- Sensación de desamparo, resignación, desesperación.
- Deliberado aislamiento.
- Cambio de comportamiento llamativo, principalmente ante el cuidador.

- Depresión. Baja autoestima.
- Ira o miedo hacia extraños, cuidadores, etc.
- Agitación, ansiedad.
- Pérdida de memoria inexplicable.

4. Maltrato económico

- Pérdida inexplicable de dinero, cheques, joyas,...
- Bloqueo de su cuenta corriente.
- Cambios recientes en el testamento, en la transmisión de poderes,...
- Desconocimiento y/o preocupación de la persona mayor por su economía.
- Privación de cosas que antes tenía o que necesita.

5. Maltrato por abandono o negligencia

- Queja de abandono por parte del mayor.
- Suciedad, olor a heces u orina.
- Úlceras por presión, que indican larga inmovilización.
- Malnutrición o deshidratación.
- Mal cumplimiento terapéutico (aumento del número de fármacos o no tomar los indicados por el médico).
- Deterioro progresivo sin causa evidente.
- Vestido inadecuado.
- Dejar sola a una persona mayor impedida por tiempo prolongado.

Con todo ello, se han desarrollado diversos instrumentos de detección, que nos hacen plantearnos **múltiples** dudas tales como ¿deben ser aplicados los cuestionarios de cribado a toda la población?. Estas y otras cuestiones serán tratadas en las siguientes mesas.

Actuación de Madrid Salud en detección / prevención del maltrato a personas mayores

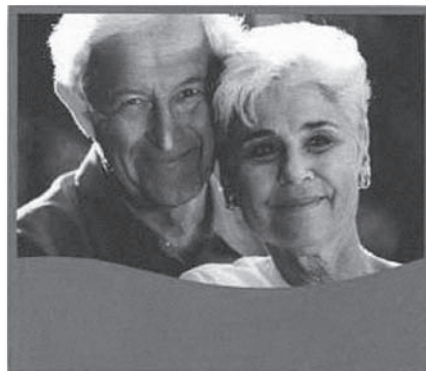
TALLER EpS para Mayores “Pensando en Nosotros”

Relajación

Taller de Educación para la Salud para Mayores

Contenido Teórico:

- Envejecimiento con éxito.
- La memoria en nuestra vida.
- Alimentación y nutrición.
- Accidentes en los mayores.
- Autocuidados y hábitos saludables.
- Convivencia y relaciones sociales.



“Pensando en nosotros”

Movilidad Articular

Datos taller EpS “Pensando en Nosotros”

	2007	2008 (sep)	TOTAL
Nº Talleres	51	35	86
Nº Personas	903	502	1.405

Atención individual a través de la historia clínica

Inclusión rutinaria en todas las historias clínicas realizadas en Madrid Salud de la pregunta “¿Ha habido o hay alguna situación en su vida que se pueda considerar maltrato?” como forma de concienciación, tanto a los profesionales como a la población sobre la importancia de estar sensibilizado ante el problema del maltrato.

Datos historia clínica

Todas las edades		65 años y más
41.533	Pregunta sobre Maltrato	3.608 (8,7%)
1.596 (3,8%)	SÍ	91 (2,5%)
294 (18,4%)	Protocolo de Maltrato	26 (28,6%)

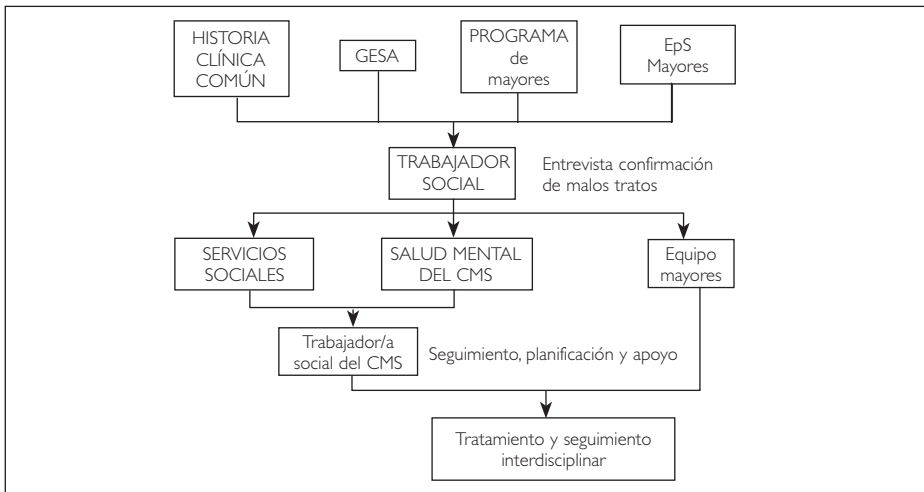
Se ha realizado la pregunta a 41.533 personas, de las cuales 3.608, lo que supone un 8,7% tenía 65 años o más. De ellos, 91 (2,5%) han contestado afirmativamente y en 26 casos (28,6%) se ha iniciado el protocolo de maltrato.

Protocolo de maltrato

Objetivos:

- Realizar prevención del maltrato.
- Detectar precozmente las situaciones de maltrato.
- Intervención interdisciplinar, derivación, coordinación y seguimiento de las situaciones detectadas.
- Sensibilizar a los profesionales.

Algoritmo Protocolo Maltrato Mayores



Referencias

- Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España Rev Esp: Geriatr Gerontol; 2001. p. 36 (1): 8-14
- Coma M, Muñoz J, Postigo P. et al. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria: Gac Sanit; 2007; p. 235-241
- Gómez SC, Álvarez CY. Maltrato a la mujer anciana en el medio intrafamiliar: Un secreto bien escondido; 2005 <http://www.ilustrados.com>
- Iborra MI. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía); Valencia; 2008.
- Moya BA, Barbero GJ. MSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Malos tratos a personas mayores, guía de actuación; Madrid 2005
- IMSERSO, SEGG, OMS. Malos tratos a personas mayores: Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha del maltrato hacia personas mayores; Septiembre 2006
- Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública: Gac Sanit; 2006. p. 63-70.
- Madrid Salud. Dpto. de Prevención y Promoción para la Salud: Taller de EpS; para mayores "Pensando en Nosotros"; Madrid 2009
- OMS. IMPEA. Voces ausentes: opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor; Ginebra 2002
- Sanchez del CF. Maltrato a las personas mayores: algunas respuestas a muchos interrogantes. Rev Esp. Geriatr Gerontol; 2004. p. 151-153
- Sánchez del CF, Ruipérez I. "Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño"; Portal Mayores; Junio 2004.
<http://imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf>
- Tabueña LC, M. Vicente ZI. Malos tratos y vejez: un enfoque integral: VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social; Zaragoza, mayo 2006.
- Tizón GJ, L. Buitrago RF, Ciurana Misol R. et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria: Aten Primaria; 2008. p. 77-101.

2.4. Factores asociados a la sospecha de maltrato hacia personas mayores en una muestra española comunitaria

Gema Pérez Rojo y María Izal Fernández de Trocóniz

Psicóloga. Dpto. de Psicología. Universidad San Pablo CEU y

Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

El presente trabajo se centra en la sospecha de maltrato en el ámbito comunitario, por lo que la descripción de los factores de riesgo se centrará en aquellos que pueden estar presentes en este ámbito concreto. Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor; en el responsable del maltrato o en el contexto de la situación.

Entre los factores de riesgo que pueden estar presentes en la persona mayor cabe destacar el género, siendo mayor el riesgo de maltrato entre las mujeres, aunque éste no es un hallazgo sistemático (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Pillemer y Finkelhor, 1988). Otro factor de riesgo es la edad, de manera que a mayor edad mayor riesgo de experimentar maltrato (National Center on Elder Abuse, 1998). También el estado civil es un factor asociado al riesgo de maltrato, siendo las personas casadas las que presentarían más riesgo, **así como también** determinados rasgos de personalidad y una lealtad excesiva hacia el responsable del maltrato se asocian a un riesgo más elevado (Schiamberg y Gans, 2000). La presencia de comportamientos provocadores y/o agresivos de la persona mayor; el deterioro cognitivo, una mala salud, los problemas de comunicación y la dependencia (física, económica, etc.) son igualmente factores que ponen a la persona en riesgo de maltrato (Baker, 2007; Kosberg, 1988; Kosberg y Nahmias, 1996), si bien no debe asumirse una relación directa entre la dependencia y el maltrato (Pillemer y Suito, 1988).

Entre los factores de riesgo procedentes del cuidador informal cabe señalar el género, de manera que las mujeres parecen presentar un mayor riesgo de ser responsables del maltrato, aunque esto puede ser explicado por el hecho evidente de que son ellas las que asumen con mayor frecuencia el cuidado del familiar mayor (Kosberg, 1988). También el género del cuidador se relaciona con el tipo de maltrato, de manera que los cuidadores varones tendrían más probabilidad de cometer maltrato físico, mientras que, en el caso de las mujeres, sería más probable que fuesen responsables de negligencia hacia la persona cuidada (Penhale, 1993). Otros factores de riesgo identificables en el cuidador son la falta de conocimientos y formación para el cuidado (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), la presencia de trastornos psicológicos como la depresión (Quinn y Tomita, 1997), los fac-

tores de personalidad (Sengstock y Hwalek, 1987), el abuso de sustancias (Godkin, Wolf y Pillemer, 1989), la presencia de sentimientos negativos, especialmente ira y hostilidad (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998) y, por último, la presencia de estrés y una elevada carga de cuidado. Con respecto a estos dos últimos factores de riesgo hay que mencionar que, aunque muchos cuidadores están estresados y sobrecargados, sólo una minoría maltrata a sus familiares mayores (Anetzberger, 2000; Gordon y Brill, 2001; Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

Finalmente, entre los factores de riesgo presentes en la situación de cuidado, se puede indicar que el riesgo de maltrato aumenta cuando se recibe una menor cantidad de ayuda formal e informal (Kosberg y Nahmiash, 1996), existe un mayor aislamiento social del cuidador o de la persona mayor (Homer y Gilleard, 1990; Schiamberg y Gans, 2000) y un mayor desgaste de los vínculos intergeneracionales. También se ha comentado que las dificultades económicas, la convivencia en el mismo domicilio (Kosberg, 1988), la existencia de una mala calidad de la relación previa o actual entre el cuidador y la persona mayor (Homer y Gilleard, 1990), y la falta de espacio e intimidad en el hogar (Kosberg y Cairl, 1986) se asocian a un mayor riesgo de maltrato.

El objetivo de este trabajo es establecer perfiles diferenciados entre personas con y sin sospecha de maltrato en función de las características anteriormente mencionadas.

Método

En el estudio participaron 340 personas mayores (135 hombres (39,7%) y 205 mujeres (60,3%) que fueron reclutadas a través de un procedimiento de muestra de conveniencia. Como criterios de inclusión para su participación se establecieron tres: tener 65 años o más, residir en el ámbito comunitario y no presentar deterioro cognitivo. La participación fue voluntaria y sin recompensa económica. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida y cada participante firmó un consentimiento informado.

Variables e instrumentos

Se analizaron variables sociodemográficas de la persona mayor: sexo, edad, estado civil, tipo de convivencia, domicilio, estado de salud y nivel educativo. Para la evaluación del estado cognitivo de las personas mayores se utilizó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC, Lobo, Ezquerro, Burgada, Sala y Seva, 1979). Para la evaluación de la sospecha de maltrato se ha utilizado el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Social Work Evaluation Form, FETS). Éste fue elaborado por un grupo de investigación canadiense formado por Mark Yaffé, Maxine Lithwick y Christina Wolfson (Yaffé et al., en prensa). Se empleó la versión adaptada al castellano por el grupo de investigación implicado en la realización del presente estudio.

Diseño y procedimiento

Se ha realizado un estudio transversal y multicéntrico. Para la selección de la muestra se contó con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), del Instituto Gerontológico Matia (INGEMA) y de diversos centros de personas mayores. Una vez descartada la presencia de deterioro cognitivo a través de la aplicación del MEC (criterio de exclusión), psicólogas o trabajadoras sociales aplicaron el FETS en formato de entrevista estandarizada, individual y privada. En las situaciones donde la propia persona mayor o el acompañante de ésta no accedieron a que la entrevista se realizara de forma individual y privada, ésta se llevó a cabo en presencia de dicho acompañante. Las entrevistas han tenido lugar en los Centros de Atención Primaria y de Servicios Sociales o en el domicilio de la persona mayor, en función de la disponibilidad de ésta.

Análisis de datos

Se analizaron los posibles factores asociados a la sospecha de maltrato, con el objetivo de establecer un perfil diferenciador entre las personas mayores con y sin sospecha de maltrato.

Resultados

Se examina si las 41 personas sobre las que existe sospecha de maltrato se diferencian de aquéllas sobre las que no recae dicha sospecha en factores asociados al riesgo de maltrato. Entre estas variables se incluyen características de la persona mayor (sexo, edad, salud percibida, tristeza, aislamiento, situación económica, estado civil, nivel educativo, dependencia funcional), del posible responsable del maltrato (enfermedad física, abuso de sustancias, trastornos cognitivos) y del contexto de la situación (conflictos familiares, problemas de convivencia, calidad de la relación, tipo de convivencia). Todas estas variables han sido extraídas del FETS.

A continuación se describen los resultados obtenidos más relevantes.

- Sexo: La proporción de sospecha de maltrato es significativamente mayor en mujeres (15,2%) que en hombres (7,5%).
- Conflictos familiares: La sospecha de maltrato es significativamente mayor si están presentes conflictos familiares (21,4%) que si éstos no están presentes (0%).
- Enfermedad física en la pareja de la persona mayor: Proporción de sospecha de maltrato significativamente mayor cuando la pareja de la persona mayor no padece enfermedad física (34,4%) frente a que presente enfermedad física (12,8%).

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

- Abuso de sustancias en la pareja de la persona mayor: Porcentaje de sospecha de maltrato es significativamente más elevado cuando la pareja de la persona mayor presenta abuso de sustancias (100%) en comparación con cuando no presenta abuso de sustancias (15,0%).
- Trastornos cognitivos como demencia o enfermedad de Parkinson en la pareja de la persona mayor: Mayor proporción de sospecha de maltrato cuando la pareja de la persona mayor presenta trastorno cognitivo (35,0%) frente a cuando la pareja no presenta trastorno cognitivo (15,3%).
- Problemas en la convivencia actual: La sospecha de maltrato es significativamente mayor si existen problemas de convivencia (29,0%) en comparación con cuando no existen dichos problemas (7,9%).
- Salud percibida por la persona mayor: Porcentaje de sospecha de maltrato significativamente mayor cuando la salud percibida por la persona mayor es muy mala, mala o regular (17,4%) frente a los casos en los que la salud percibida por la persona mayor es buena o excelente (8,3%).
- Tristeza en la persona mayor: Entre las personas mayores que están tristes la sospecha de maltrato es significativamente mayor (20,5%) que entre las que no están tristes (5%).
- Calidad de la relación, previa a recibir cuidados, entre la persona mayor y la persona que le proporciona esos cuidados: La proporción de sospecha de maltrato es significativamente mayor cuando la calidad de la relación no es buena (66,7%), en contraste con cuando ésta es buena (9,3%).
- Aislamiento de la persona mayor: Entre las personas mayores que están aisladas la proporción de sospecha de maltrato es mayor (16,9%) que entre las que no están aisladas (6,9%).
- Situación económica de la persona mayor: Cuando las personas mayores dependen económicamente de otra persona la proporción de sospecha de maltrato es mayor (22,9%).

Conclusiones

Este es uno de los escasos estudios realizados en nuestro país sobre maltrato hacia las personas mayores. Como factores de riesgo asociados a la sospecha de maltrato se han encontrado características de la persona mayor como ser mujer, tener mala salud percibida, estar triste, estar aislado socialmente y ser económicamente dependiente de otra persona. También se han encontrado factores de riesgo pertenecientes al responsable

del maltrato como que abuse de alcohol u otras sustancias, que tenga trastornos cognitivos y que no tenga enfermedad física. Finalmente, se han encontrado factores de riesgo presentes en el contexto de la situación como mala calidad de la relación anterior con la persona que proporciona cuidados a la persona mayor; presencia de conflictos familiares o de problemas de convivencia.

Es importante tener en cuenta estos factores de riesgo para la prevención, detección e intervención en casos de maltrato hacia las personas mayores, en especial la mala calidad de la relación anterior y el abuso de sustancias por parte de la pareja de la persona mayor; ya que presentan los índices de riesgo más elevados.

Referencias

- Adelman R, Siddiqui H. y Foldi N. Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. En: M. Hersen y V.B. Van Hasselt. Handbook of Clinical Geropsychology. New York: Plenum Publishing Company; 1998. Pág 557-567.
- Anetzberger G.J. (2005). Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. Clinical Gerontologist; 2005. Pág. 28 (1/2), 27-41.
- Baker, M.W. (2007). Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. Journal of American Psychiatric Nurses Association, 12(6): 313-321.
- Godkin M, Wolf R. y Pillemer K. A Case-Comparison Analysis of Elder Abuse and Neglect: International Journal of Aging and Human Development; 1989. Pág 28 (3), 207-225.
- Henderson D, Buchanan JA. y Fisher JE. Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: P.A. Schewe (Ed). Preventing violence in relationships; Interventions across the life span. 2002. Pág 223-245. Washington DC, US. American Psychological Association.
- Homer A.C. y Gilleard C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. British Medical Journal; 1990. Pág 301, 1359-1362.
- Kosberg JI. (1988). Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions; The Gerontologist. 1988. Pág 28(1), 43-50
- Kosberg, J.I. y Nahmiash, D. Characteristics of victims and perpetrators milieus of abuse and neglect. En: L.A. Baumhorner y S.C. Bell (Eds.). **Abuse**, neglect and exploitation of older persons; Strategies for assessment and intervention 1996. Pág 31-50. Baltimore MD: Health Professions Press.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

- Lobo A, Ezquerria J, Burgada FG, Sala JM y Seva A. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos: Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica; 1979. Pág. 7, 189-202.
- National Center on Elder Abuse. *The National Elder Abuse Incidence Study*. Final Report. Available at; 1998. <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>.
- Papadopoulos A. y La Fontaine J. (2000). Elder Abuse. *Therapeutic Perspectives in Practice*: United Kingdom: Winslow Press Ltd; 2000.
- Pillemer K. y Suitor JJ. Elder Abuse. En: V. B. Van Hasselt (Ed) y R. L. Morrison (Ed). *Handbook of Family Violence*; 1988. Pág. 247-270). New York, NY, US: Plenum Press.
- Pillemer K. y Finkelhor D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey; *Gerontologist* 1988. Pág. 28, 51-57.
- Quinn MJ. y Tomita SK. Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies (2nd edition). New York, NY; Springer Publishing Company. 1997
- Schiamberg LB. y Gans DM. Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*; 2000 pág 50 (4), 329-59.
- Sengstock MC. y O'Brien JG. Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals; 2002 <http://hometown.aol.com/mcsengtoc/elderabuse.htm>
- Yaffé MJ, Wolfson C, Lithwick M y Weiss D. (en prensa). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*.

2.5. Programas para los cuidadores como eje de prevención

Tena-Dávila Mata M^a. Cruz

*Jefa de Sección. Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo
Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid*

Entre los cambios radiales que ha experimentado nuestra sociedad, se encuentra una mayor longevidad y una mayor presencia de los mayores en la sociedad con una diversidad de perfiles, situaciones y necesidades.

No se debe de caer en el error de identificar vejez con dependencia, pues ésta solo afecta a una parte del colectivo de mayores. Sin embargo, debemos de ser realistas y la dependencia aumenta en relación directa a la proporción de personas mayores que sobrepasan la barrera de los 80 años, donde se centran los problemas de pérdida de autonomía y necesidades de atención, es decir, donde se agrupa el colectivo de mayores más frágiles o vulnerables.

El término **vulnerabilidad**, aplicable a múltiples ámbitos como sinónimo de riesgo, tiene evidentes connotaciones cuando se refiere a lo social en las personas mayores, algo que no hay que identificar exclusivamente con pobreza; expresa la incapacidad, indefensión de los grupos más débiles de la sociedad.

La vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente.

Entendemos por personas vulnerables, aquellas que por razones físicas, psíquicas o sociales, se hayan en una situación de debilidad o carencia, que les hace proclives a sufrir daño físico o moral y precisan de recursos específicos para minimizar las consecuencias.

Los mayores son vulnerables por diversas razones educacionales, económicas, de salud o de dependencia, que les hace estar expuestos a condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o **maltrato**.

Si tomamos como referencia el “índice de vulnerabilidad del envejecimiento” España se encuentra entre el grupo de alta vulnerabilidad por los cambios demográficos, mayor número de personas mayores de 65 años: 17% de la población, de ellas el 60% son mujeres y el 40% hombres. Mayor esperanza de vida 79,7 años, mayor número de personas

muy mayores 4,3% >80 años. Existe un incremento del número de personas mayores dependientes del 26,5% en las personas de 65 y más años que no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria, porcentaje que aumenta a 5 de cada 8 cuando hablamos de personas > de 85 años. (datos del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO 2004).

A estos datos se añade la estructura familiar en completo cambio, siendo cada día más frecuentes los hogares de mayores que viven solos y además, conocemos que la mayoría de los cuidados no formales a mayores dependientes son dados por la familia con el alto riesgo de claudicación.

Por tanto, es entre las personas mayores dependientes donde se puede dar con más frecuencia situaciones de déficit físico, funcional, mental, financiero o/y familiar y por ello ser vulnerables al maltrato. Alarmante resulta la cifra del 8,9% de ancianos que de una u otra manera viven en la violencia, pero de ellas sólo el 3,1% establece la denuncia o busca ayuda para resolver ésta situación.

Todo ello y más, ha ido configurando un perfil de la situación de la persona mayor maltratada y del posible maltratador, lo que ha motivado una serie de iniciativas para conocer y actuar frente a un problema que generalmente pasa desapercibido, incluso para las propias personas mayores. Esto obliga a replantearse políticas y estrategias de actuación, que van más allá de las meras mantenedoras de la calidad de vida de dichas personas y que pasan por medidas sociales, económicas, jurídicas y de protección.

Con estos antecedentes intento posibilitar la reflexión y comunicar experiencias y estrategias necesarias para incidir en una cultura de buen trato hacia las personas de edad avanzada, que nos lleve a una posterior adecuación de las políticas que prevengan los malos tratos en los mayores vulnerables por parte de sus cuidadores, en su domicilio.

Para ello, voy a hacer un recorrido en primer lugar, por lo que significa cuidados y conlleva el cuidado, en segundo lugar los riesgos de un trato inadecuado y en tercer lugar los servicios a cuidadores que pueden evitar estas situaciones

Cambios en la sociedad que ponen en riesgo los “Cuidados familiares”

Se pueden valorar tres factores decisivos para que el hecho de los malos tratos a los ancianos esté adquiriendo niveles críticos y se presente como un tema de profunda preocupación en la mayoría de los países, fundamentalmente en los más desarrollados: Crecimiento de la población de personas mayores. Cambio de actitud que las nuevas generaciones han desarrollado frente a los ancianos. Actitud general de las personas mayores, que las hace más susceptibles de victimización. (Tabla 1)

Los expertos vaticinan un gran incremento de situaciones de malos tratos dirigidos a las personas mayores, motivados esencialmente por el envejecimiento progresivo de la población con todo lo que puede conllevar de situaciones de dependencia, tanto funcional como psicológica.

Como ya hemos mencionado antes, existe una estrecha relación entre dependencia y edad (el 26% de los mayores de 65 años se ven afectados por ella). Existen variables de tipo social y ambiental, además de los factores genéticos, que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia. Desde el punto de vista socio-sanitario, este grupo genera necesidades subsidiarias de cuidados que en el 80% son cubiertas por la familia.

Otro factor a considerar es el cambio tan relevante que está incidiendo en las familias, no solo en la forma sino también en su estructura y funciones.

En las relaciones intergeneracionales, el respeto y el maltrato aparecen como temas asociados en todos los tiempos y son parte de la ambivalencia de nuestra sociedad hacia el anciano en la actualidad.

Los mayores dependientes y cuidados por la familia genera una situación conflictiva que alcanza magnitud de problema en el ámbito doméstico. Y así, entre el 3% y el 12% de los ancianos sufre vejaciones de sus familiares o cuidadores, siendo la negligencia el tipo de maltrato más habitual que sufren las personas mayores.

La necesidad de cuidados y asistencia ha existido siempre, lo que ha cambiado es su dimensión e importancia social. Ha pasado de ser un asunto familiar, a ser un problema que afecta a la sociedad en su conjunto. Implica **compromisos de protección**, que aseguren un cuidado responsable, un trato adecuado y que sea sostenible con sistemas de apoyo a las familias cuidadoras.

Se da la circunstancia, no infrecuente, de representar el rol de cuidador; un familiar que no ha tenido la oportunidad de prepararse para una función que requiere de particulares conocimientos y habilidades. A esto, si se añade una cobertura insuficiente de apoyos externos para los mayores dependientes y sus cuidadores, junto con la falta de esquemas consistentes de cómo se deben de realizarse estos cuidados, las evidencias demuestran que en muchos casos los familiares a cargo de la persona mayor terminan sin proponérselo, maltratando a quien debieran cuidar.

La importancia del maltrato en el contexto familiar se abordó en 1986, en el Comité Nacional para la Prevención del Abuso al Anciano, formado por investigadores, médicos, juristas, trabajadores sociales, educadores, etc., con el objeto de fomentar la investigación, promover trabajos y servicios, desarrollar información y enseñanza y abogar por programas para dar respuesta a las necesidades de las víctimas y sus familias.

A pesar de ser reconocido como un problema de salud de primer orden (OMS, 2002) y que afecta a muchas personas en el mundo, en cifras absolutas y relativas, la detección es compleja, de tal manera que se considera que por cada caso detectado y documentado hay cinco que no salen a la luz.

La relación de cuidados, situación conflictiva que posibilita el maltrato del mayor en la familia

Podemos plantearnos a priori que las aseveraciones siguientes son ciertas e ir desmontando o justificando cada una de ellas:

1. El cuidado: ¿Causa principal del maltrato hacia personas mayores?
2. El estrés del cuidador y el maltrato hacia las personas mayores tienen relación directa.
3. Dos desamparos: la tragedia del estrés del cuidador y el maltrato hacia las personas mayores.
4. La educación de la gente que cuida gente, es la mejor prevención para erradicar la negligencia y la violencia?
5. En esta perspectiva relacionada a la vida cotidiana, quien infringe los malos tratos suele ser el cuidador informal?
6. Por tanto ¿Siempre hay una víctima y una villano?

El contexto familiar es una institución paradigmáticamente vincular. Esta impregnada de sentimientos, con fuertes expectativas de cuidados basadas en normas culturales que se articulan con el mundo de las emociones: *sobre quién*, como y a quién se da ayuda. “Normas” que confieren derechos y obligaciones en relación con el parentesco. Por tanto se **cuida** en un marco moral, social y afectivo

La familia española, fuente del 75% de los cuidados a sus mayores, es mucho más subsidiaria de ayudas y apoyos, que de denuncias, pues la mayoría de los cuidadores superan el desafío y hacen un trabajo estupendo.

Por tanto, identificamos al problema de la violencia o de la negligencia en las personas mayores como un tipo de relación perversa entre las múltiples modalidades de relaciones familiares que se pueden establecer en la vejez.

Los mayores quieren vivir en su casa con los suyos recibiendo el trato adecuado y, en determinadas circunstancias esto solo se puede cumplir si existen, unos servicios adecuados y de calidad, complementarios a la función de los cuidados familiares. No todas las

familias o miembros de la familia se sienten capaces de afrontar los cuidados, en cualquier momento de sus vidas, a toda costa, en cualquier situación de dependencia física o /y psíquica de la persona cuidada, en solitario... Esta exigencia moral o/ y ética puede poner en peligro la relación de cuidado.

A partir de aquí, debemos de conocer donde están los límites entre el cuidado y el mal cuidado. Entre la autonomía y la maleficencia pues las personas mayores merecen una respuesta adecuada e idónea

Los profesionales deben de conocer que no siempre se cumple la máxima de "cómo en casa en ningún sitio", y con ello la creencia según la cual las personas mayores "siempre" se encuentran mejor atendidas en la familia.

Existen "alertas" que entrañan riesgo de mal cuidado y pueden advertirnos que es distinto el deseo de cuidar que la capacidad de realizarlo y en ese contexto se marcan las estrategias preventivas.

Prevenirlo exige mejorar nuestro conocimiento de su prevalencia e identificar y corregir los *factores de riesgo* mediante la capacitación profesional, que permite identificar estos riesgos y las diferentes circunstancias, características y causas que pueden originarlo. Características como las relaciones actuales y pasadas entre el miembro enfermo de la familia, los otros miembros de la familia y las amistades. Las percepciones positivas y negativas del cuidador respecto del cuidado. La capacidad del cuidador de reestructurar creativamente sus actitudes con relación al cuidado y de adoptar comportamientos que lo ayuden, son realidades que deben de ser conocidas y trabajadas por profesionales para asegurar un buen trato.

Además, identificar precozmente las situaciones de alto riesgo de trato inadecuado en los cuidadores informales, como son: los que más tiempo llevan cuidando. Los que soportan cuidados más complejos. Los que la exigencia de cuidados les comporta aislamiento social. Aquellos que están sometidos a un estrés físico y emocional

Resumiendo: "sensibilizar a la comunidad sobre la atención con dignidad del adulto mayor y a la vez, relevar del rol de cuidador a aquellos que no puedan o/ y no sepan ser cuidadores en exclusividad, y elevar el papel del cuidador haciéndolo visible en las políticas sociales con reconocimiento y recursos específicos".

Estrategias para prevenir el maltrato: apoyo al cuidador

Basándonos en el conocimiento que los aspectos preventivos tienen una repercusión más integradora que los paliativos. Tenemos que tener en cuenta que la prevención debe ser la máxima de las intervenciones, evitando así que el agresor se sobrecargue y actúe de una manera aborrecible.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

El trabajo para la prevención del problema del abuso y maltrato al anciano, conlleva la atención, tanto del anciano como de su familia, “teniendo en cuenta que en estas situaciones pueden ser víctimas cualquiera de los componentes de este binomio y, por lo tanto, los dos son sujetos susceptibles de ser demandantes de atención”. En este aspecto es necesario que la comunidad despierte y se sensibilice frente a la necesidad de los ancianos de recibir apoyo y, de orientar a las familias para asegurar unas mejores condiciones de cuidados.

Las estrategias preventivas orientadas a reducir el maltrato de ancianos por sus cuidadores, consisten en servicios de protección y apoyo, programas educativos y la declaración obligatoria de los casos (es decir, la exigencia legal de que los profesionales y demás personas en contacto con ancianos notifiquen los casos sospechosos), aunque se ha cuantificado pocas veces su eficacia. Aun así, la identificación de las víctimas y de quienes corren el riesgo de serlo constituye un factor clave de la prevención.

Los **Modelos de atención** del maltrato a los mayores en el ámbito familiar deben de tener presentes que ninguna modalidad de atención al mayor es fructífera si no se brinda con la familia.

La familia debe ser un lugar convivencial estable, que disponga de los recursos mínimos (económicos, laborales, higiénicos), donde el mayor sea respetado como persona, se cubran sus necesidades básicas, afectivas y educativas, se le proteja contra las situaciones agresivas del medio en el que se desarrolla, reciba cuidados adecuados ante situaciones especiales de enfermedad o limitación, y un largo etcétera.

Por tanto, todo servicio de apoyo al mayor vulnerable debe de ir acompañado de programas y servicios dirigidos al cuidador (educativos, de soporte, asistenciales) de manera que cuanto más hagamos para los cuidadores, menos posibilidades de que se produzca maltrato.

Para ello debemos de tener presente los siguientes aspectos:

1. Concienciación y educación: Sensibilización de la población sobre los derechos, las redes sociales...
2. Mantener una vinculación estrecha familia, comunidad e instituciones.
3. El desarrollo de programas de ayuda social a los ancianos y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de medios para los cuidados psicosociales de la familia.
4. Recursos especializados: servicios que den respuesta a la diversidad de cuidados y que sean flexibles.
5. Cambios legislativos como normativas. En el caso de la normativa laboral, facilitando limitación de jornada en condiciones económicas dignas cuando se está a cargo de

discapacitados ancianos. La mujer que trabaja fuera del hogar, se ve sometida a situaciones de estrés cuando al trabajo habitual en la casa se añade el cuidado de ancianos o enfermos a su cargo.

Programas preventivos ¿cuáles?

Los expertos insisten en que el objetivo no es tanto buscar y señalar a los culpables como dar un tratamiento integral al problema. Por eso, y a diferencia de otros protocolos, este se dirige a la voluntad preventiva y paliativa.

Los diferenciales en la magnitud del maltrato, según las variables seleccionadas, permite orientar las medidas preventivas hacia los sectores de personas mayores que viven en situaciones de mayor riesgo. A su vez, permite identificar las características de las personas mayores afectadas que son demandantes potenciales de servicios y orientar la oferta de estos de acuerdo con esas características.

La identificación de perfiles de riesgo en el binomio cuidador / persona cuidada está, definido por los siguientes parámetros:

1. Personas mayores con déficit cognitivo (el 80% de los pacientes con demencia viven en la comunidad atendidos por sus familiares) y / o dependencia en actividades básicas de la vida diaria, donde existe una relación de cuidado en su amplio sentido.
2. Cuidadores principales con:
 - Patrones biopsicosocial de necesidad;
 - Desconocimiento de los eficaces cuidados con resultado de negligencia;
 - Falta de capacitación para la atención de los adultos mayores;
 - Cuidados en soledad, en muchas familias un solo miembro es quien se hace cargo del cuidado del anciano, recayendo en éste todo el peso.

Estas situaciones pueden provocar en el cuidador estrés, malhumor, cansancio y, por consiguiente, una actitud hostil en contra del anciano que puede culminar en maltrato; El estrés, no contemplado, que genera el trabajo en sí mismo. (el estrés laboral que sufre el cuidador), tiene como consecuencia a baja tolerancia que puede desarrollar frente a la persona que cuida.

Los programas e intervenciones que pueden ponerse en práctica con familiares cuidadores con el fin de prevenir los malos tratos en personas mayores en el ámbito doméstico, son diversos, **según el caso**: Situación de riesgo, sospecha de abuso o malos tratos y certeza diagnosticada de abuso o malos tratos.

2. Detección del maltrato y estrategias de prevención

Su objetivo principal **intervenir** sobre los diferentes factores de riesgo descritos en el contexto familiar.

Además cabe destacar que cada tipo de maltrato y cada relación maltratador/ maltratado, requiere de una abordaje individualizado, pero existen factores que agrupan a poblaciones en riesgo:

- A. La intencionalidad o no del acto, aspecto relevante para el diagnóstico y posterior intervención.
- B. El vínculo familiar; cónyuges o hijos En ocasiones porque el maltratador sufre una enfermedad mental o tiene problemas de drogodependencias y convive y depende económicamente del anciano.
- C. La mayor parte del maltrato es el trato negligente, el descuido en la alimentación, higiene y atención médica, los abusos económicos y los malos tratos psicológicos y físicos.
- D. Desconocimiento de que no es un buen trato o trato inadecuado hacia el mayor e invertir el rol, creerse el maltratador que es el maltratado

Las **intervenciones** deben tener como objetivo evitar y/o parar el maltrato, preservando al mismo tiempo los beneficios de las relaciones existentes, evitar tratos inadecuados al mayor y también, la de mejorar la situación del cuidador con capacitación y apoyos.

Por ello existirán, dependiendo del grado y tipo:

1) **Intervenciones inespecíficas** como son:

La **sensibilización** de los profesionales, de los cuidadores, la educación de los mayores, la educación de los hijos y la educación ciudadana, se consideran como posibles medidas de intervención para aminorar o reducir considerablemente situaciones de los malos tratos a las personas mayores.

El maltrato a personas mayores ha recibido atención como una cuestión social hace relativamente poco tiempo, por lo que no se ha evaluado de forma sistemática el conocimiento que posee la población sobre esta cuestión, aunque es probable que los medios de comunicación informen de los incidentes individuales de maltrato a mayores alertando a los miembros de la comunidad de la existencia del maltrato y del impacto que tiene sobre las personas que lo experimentan.

Es, por tanto, necesario desarrollar estrategias cuyo objetivo sea elevar la concienciación de la comunidad en los aspectos claves del maltrato a mayores. Estas estrategias estarían

basadas en los principios del empowerment (hacer que las personas mayores sientan que tienen mayor control sobre sus vidas), en las imágenes positivas del envejecimiento y en la sensibilidad hacia las diferencias culturales en la comunidad. Estas estrategias ayudarían, de forma general, a aumentar la concienciación pública y de forma más específica la concienciación entre las personas mayores, los familiares y los cuidadores informales.

Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como **compartir el cuidado** con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar mas capacitado.

Desarrollar mecanismos de **apoyo** en el entorno de quien tiene el cuidado informal de la persona mayor que eliminen o minimicen las situaciones de riesgo de malos tratos como son atención domiciliaria, acogida diurna, estancias temporales, eliminación de barreras arquitectónicas, teleasistencia, adaptación del hogar, ect.

- Garantizar periodos de descanso al cuidador (facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día, o centros de corta estancia).
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.

Los profesores Stephanie Carretero Gómez, Jorge Garcés Ferrer, Francisco Ródenas Rigla y Vicente San José López han llegado a esta conclusión tras realizar un análisis de las variables asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de las personas dependientes y probar la eficacia del SAD como servicio de respiro en la reducción de la carga del cuidador.

En el ámbito familiar, se deben incrementar y **dar a conocer** los programas de descarga emocional y grupos de autoayuda como intervenciones más específicas

2) Intervenciones Específicas en el cuidador sobrecargado:

- Dar **apoyo, técnico y emocional** al cuidador como usuario demandante de recursos específicos para él.
- **Programas Psicoeducativos** destinados a dotar a los cuidadores de los conocimientos, estrategias y habilidades necesarios.

Los programas de educación y entrenamiento irán dirigidos grupos de cuidadores así como a las instituciones educacionales.

- **Intervenciones psicológicas** destinadas a mejorar la relación de cuidado, así como prevenir y tratar las situaciones de riesgo para los cuidadores y los ancianos con programas psicoterapéuticos. Un estrategia de intervención efectiva debe dirigirse a la

salud psicológica del cuidador; los comportamientos problemáticos en la persona con demencia y a manejar elevados niveles de emoción expresada en estas situaciones.

- Crear un **servicio de asesoramiento** y apoyo psicoterapéutico coordinado con los equipos sanitarios y sociales, dirigido a las familias cuidadoras que están atendiendo a personas ancianas con dependencia.
- Contactar con **grupos de apoyo** (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos etc.) Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiere.

Programas específicos de Intervención a Cuidadores sobrecargados. Características

Hay que tomar conciencia y capacitar a los cuidadores para que sepan cómo protegerse y que no transformen su propio malestar en situaciones de violencia. Es esencial la asistencia y el apoyo al cuidador porque éste experimenta agotamiento, sobrecarga... y hay una necesidad de reconocer eso, porque el cuidador tiene un límite. El cuidador necesita apoyo y debe conocer dónde recibirlo.

Los programas de intervención para aliviar la carga de los cuidadores se diseñen desde una **perspectiva multidimensional** que incluya intervenciones psicológicas y psicosociales (como ocurre en el caso de cuidadores de enfermos oncológicos). De esta forma, el cuidador no solo tendría una ayuda física sino también psicológica para aliviar su malestar emocional, entrenar la relajación, e incluso aprender habilidades para mejorar la efectividad de los cuidados.

Recursos de apoyo + Programas educativos + Programas psicoterapéuticos (Tabla 3)

Incluyen el abordaje de:

1. Tomar conciencia de las posibles repercusiones físicas, psicológicas y sociales del cuidado de personas mayores. La falta de profesionalización de la atención de la dependencia somete cada vez a un mayor número de personas (esencialmente mujeres) a situaciones cercanas a la esclavitud, por los costes de oportunidad en el desarrollo personal y profesional que ello implica y por los riesgos para la salud física y psíquica que la atención continuada conlleva para los cuidadores.

2. Identificar los conocimientos y habilidades básicas necesarias para el cuidado eficaz.
3. Capacitar para formar en Psicogerontología a familiares en relación con los ámbitos del envejecimiento. Los temas incluyen cómo ayudar a una persona que está encamada, cómo ayudar a alguien que está en silla de ruedas, control de las infecciones, como manejar la administración de medicamentos, prevenir las caídas, prevención de incendios, el cuidado personal y el Alzheimer.
4. Habilidades personales relacionadas con el cuidado.
5. Dominar habilidades de comunicación con las personas mayores en contextos de salud y enfermedad.
6. Conocer si estas estresado y como manejar el estrés.
7. Como pedir ayuda. Fomentar la utilización de servicios de respiro para el cuidador; por ejemplo, a través de centros de día donde la persona cuidada permanece durante unas horas al día, o los servicios de ayuda a domicilio. Como incluir en los cuidados a otros miembros de la familia. que pueden proporcionar tiempo al cuidador para que pueda ocuparlo en otras actividades sin perder su proyecto vital.
8. Orientación y asesoramiento a la familia por parte de los profesionales sanitarios para evitar situaciones de negligencia y abuso, asesorándoles acerca de como realizar un cuidado eficaz. Se le proporciona información al cuidador; acerca de aspectos básicos sobre el maltrato, y se le enseñe tanto a cuidar de sí mismo (aprendiendo a manejar la ira, el estrés, la depresión, la ansiedad) como a cuidar de la persona mayor (aprendiendo estrategias de manejo de situaciones difíciles).

Tabla 1. Cambios en la sociedad que ponen en riesgo los “ cuidados familiares”

- Por el envejecimiento progresivo
- Cambio en las familias, no solo en la forma, sino también en su estructura y funciones
- Cambios sociales y culturales que incrementan la discriminación (edadismo) y la baja tolerancia.
- Aumento de las situaciones de dependencia, tanto funcional como psicológica
- Estrés provocado por la responsabilidad del cuidado sin competencia

Tabla 2

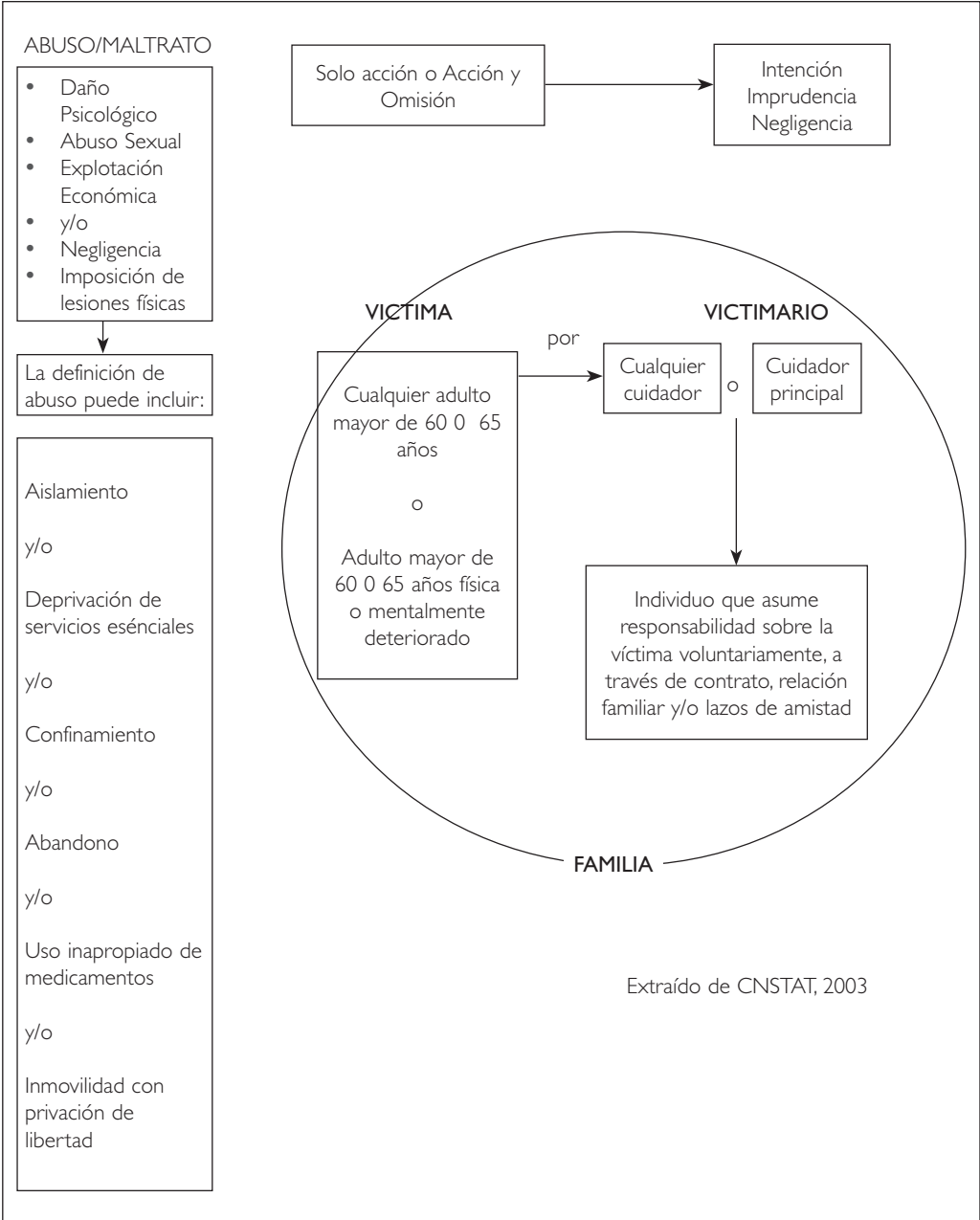
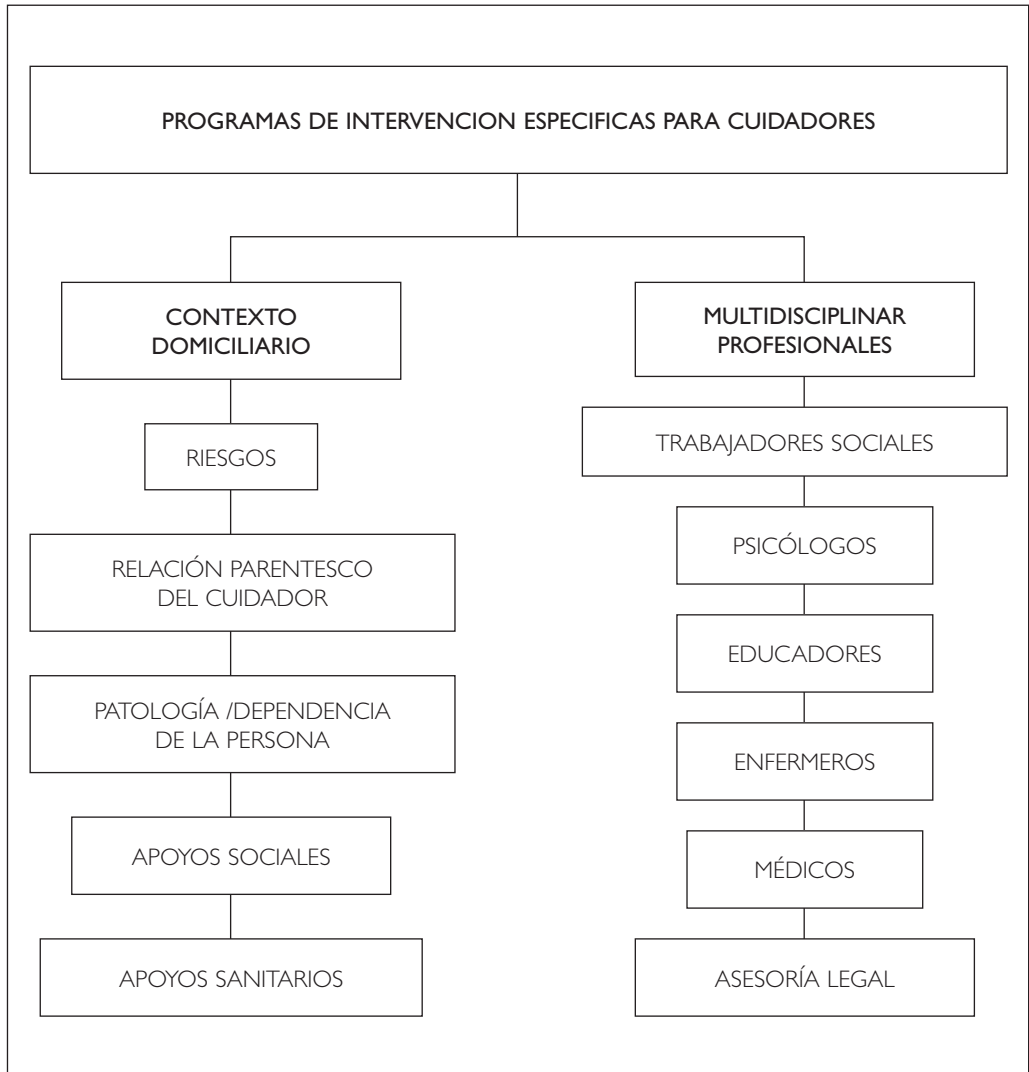


Tabla 3



Referencias

- Aspectos relacionados con el maltrato a personas mayores: de la “Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid; Noviembre 2003.
- Portal de mayores del instituto de mayores y servicios sociales (Imserso).
- Calidad de vida de las personas mayores. Un supuesto especial: el maltrato”. Informe especial de la justicia de Aragón; Zaragoza, 23 de marzo de 2004.
- Losada BA. Filiación: Edadismo consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Facultad de Psicología. UAM; 19-04-2004.
- El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española: Filiación IMSERSO, Madrid; 01-08-2005. ammaroto@mtas.es.
- Portal de mayores del instituto de mayores y servicios sociales (Imserso).
- La Estrategia para Combatir el Maltrato hacia las Personas Mayores de Ontario (Canadá) Ontario’s Strategy to Combat Elder Abuse; 2004.
- Maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario: Observatorio de Personas mayores; octubre 2007.
- Instituto Nacional sobre el Envejecimiento: Plan estratégico; 2001-2005 EEUU.
- Plan Estratégico para la Prevención del Maltrato a Mayores: en Queensland (Australia); Octubre de 2001.
- Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores: Girona, 24 de septiembre de 2007.
- Matilla MR. Sobre el maltrato a personas mayores (mpm): Los terapeutas ocupacionales; diciembre 2004. infoportal@terapia-ocupacional.com

3. Programas de Intervención y Posibilidades de Coordinación

3.1. Papel de la Atención Primaria y recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

M^a del Carmen Fernández Alonso

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Interna.

Coordinadora de los Grupos de Salud Mental del PAPPs (SemFYC) y de Violencia Familiar de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria.

Servicio de Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Introducción y objetivos

El maltrato a las personas mayores se ha reconocido como problema social hace pocos años, y se ha puesto en relación con algunos cambios demográficos y sociales: cambios en los valores en la sociedad (competitividad, riqueza, juventud, como valores en alza, y cambios negativos en el estatus social de la persona mayor); aumento de la esperanza de vida, ligado a las patologías propias del envejecimiento, a la discapacidad, a la dependencia, con mayores necesidades de cuidados; cambios sociales en el modelo de familia y en la estructura familiar, con familias con menor capacidad de respuesta a las nuevas necesidades, con prioridades diferentes, para las que el anciano con frecuencia dependiente o necesitado de cuidados, supone una carga.

Se estima que estamos ante un problema de gran magnitud, aunque aún escasamente detectado. La detección del maltrato por parte de los profesionales sanitarios, es uno de los grandes retos actuales en salud, del mismo modo que lo son el abordaje conjunto y coordinado por parte de los servicios sanitarios y sociales.

El hecho de que con frecuencia a la víctima y agresor les unan vínculos familiares, dificulta la detección y la denuncia de estas situaciones. A veces las personas mayores no quieren

3. Programas de Intervención y Posibilidades de Coordinación

reconocerlo por temor a represalias o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar la realidad, ya que la persona que maltrata es casi siempre de la familia o del entorno próximo.

El desconocimiento y la falta de sensibilidad por parte de los y las profesionales sanitarios y de la sociedad hacia el maltrato, probablemente ha constituido la barrera más importantes para su reconocimiento como problema socio-sanitario hasta hace poco tiempo.

Aunque se establecieron inicialmente cinco tipos de maltrato con clara similitud con el abuso al menor salvo, como es obvio, el abuso económico, la OMS y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA: International Network for the Prevention of Elder Abuse), recogen además otras formas de maltrato al anciano más circunstanciales a nuestro tiempo: "el maltrato estructural y social", incluida la falta de respeto y prejuicios contra el mayor. (Tabla I)

Tabla I

Tipos de maltrato	
1. Negligencia	-Física: No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos. -Emocional: Consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación.
2. Maltrato físico	Acciones que voluntariamente realizadas provocan o pueden provocar daño: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
3. Maltrato psicológico	Manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.
4. Abuso económico	Impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.
5. Abuso sexual	Cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.

6. Maltrato estructural y social:	<p>Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia los ancianos, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se considera que da origen a otros tipos de maltrato.</p>
7. Falta de respeto y prejuicios contra el mayor:	<p>Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir; una actitud social negativa hacia el anciano.</p>

Respecto a la magnitud del problema ha sido desconocida en nuestro país hasta hace poco tiempo, y aunque algunos estudios locales han investigado aspectos epidemiológicos, factores de riesgo y herramientas diagnósticas, sus resultados no son extrapolables a la población general. Algunos datos de estos estudios muestran que las cifras más altas de maltrato corresponden a personas ancianas atendidas por los servicios sociales y en hospitalizados. Un estudio realizado a través de los auxiliares de ayuda a domicilio en personas mayores que precisaban este servicio, se obtuvo que 4,7% de ellos sufría maltrato siendo el 81% mujeres. Solo en una cuarta parte de los casos el agresor fue alguien ajeno a la familia. El nivel de denuncia es muy bajo; se estima que se denuncia 1 de cada 5 casos.

En junio del 2008, el Centro Reina Sofía presentó los resultados de un estudio cuyo objeto ha sido conocer la situación actual del maltrato contra personas mayores en la familia en España a través de las personas mayores y de los cuidadores. Los resultados obtenidos en ambas encuestas, aunque van en la misma dirección, no son totalmente equivalentes. En la encuesta dirigida a los ancianos obtienen que 0,8% declara haber sido víctima de maltrato intrafamiliar en el año previo (2005); esto supone que a escala nacional cerca de 60.000 ancianos sufren maltrato cada año. Este porcentaje se duplica entre los ancianos dependientes y se cuadruplica entre las personas mayores que presentan una dependencia grave (aquellos que requieren de ayuda al menos cinco horas al día). En los resultados obtenidos de la encuesta a los cuidadores el porcentaje aumenta, declarando que 5 de cada 100 cuidadores reconoce haber maltratado al anciano a su cargo en alguna ocasión a lo largo del mismo año. En cuanto a los tipos de maltrato, víctimas y cuidadores coinciden en que el maltrato psicológico es el más frecuente. La dependencia, aislamiento social y la depresión parecen ser los factores de riesgo más relacionados con el maltrato. Por sexo la prevalencia es mayor entre las mujeres (0,9%) que entre los hombres (0,7%).

Para la persona que maltrata, los factores de riesgo recogidos en este estudio son el aislamiento social, trastornos afectivos y ansiedad, el consumo de sustancia tóxicas, la relación familiar con la víctima, y el estrés (el 72,2% de los cuidadores que incurren en maltrato siente que la situación le sobrepasa, frente al 53,8% de los cuidadores que no maltrata). Hoy se concede una gran importancia al *estrés del cuidador*, ya que la necesidad de cuidados de una persona con dependencia puede condicionar la sobrecarga física y emocional del cuidador/a.

A nivel internacional hay pocos estudios epidemiológicos comparables con el estudio del Centro Reina Sofía. En EEUU, Canadá y Reino Unido cifran en un 3-6% de maltrato en las personas mayores. Datos recientes del INPEA encuentran cifras entre el 4-6% en el ámbito familiar y se desconocen las cifras en el ámbito institucional. Los agresores eran el 66% los propios cónyuges y el resto los hijos. En otro estudio, el 45% de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltratantes, sin embargo muchas de las víctimas no las consideraban como abuso o maltrato.

Factores de riesgo

En distintos estudios se ha observado una asociación estadística entre maltrato y algunas situaciones consideradas de riesgo o de mayor vulnerabilidad, y se han clasificado en tres categorías: los que se refieren al anciano como víctima, los que afectan a la persona que maltrata (cuidador/a) y los factores situacionales o del entorno que confieren una mayor vulnerabilidad. Algunos autores han considerado como los factores más importantes en el anciano para sufrir maltrato la dependencia psicológica con el agresor y las características de la persona agresora. Los factores de riesgo más significativos se recogen en la Tabla 2. Identificarlos permitirá poder llevar a cabo actuaciones en prevención primaria y secundaria.

Tabla 2

Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos
<p>Para el anciano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo: en la mayoría de los estudios hay un mayor porcentaje de mujeres entre las víctimas y con abusos más graves tanto físicos como psicológicos • Edad avanzada • Deficiente estado de salud • Incontinencia • Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta • Dependencia física y emocional del cuidador • Aislamiento social • Antecedentes de malos tratos
<p>Para el agresor (cuando es el cuidador):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales) • Padecer trastornos psicopatológicos • Abuso de alcohol u otras toxicomanías • Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa • Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados
<p>Situaciones de especial vulnerabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda compartida • Malas relaciones entre la víctima y el agresor • Falta de apoyo familiar, social y financiero • Dependencia económica o de vivienda del anciano

Consecuencias

Lesiones físicas: lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones. Los ancianos con maltrato y negligencia en sus cuidados presentan una supervivencia más corta.

Consecuencias psicológicas: tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias.

Sociales: aislamiento físico, psicológico o social.

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios: el aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones condicionadas por la morbilidad asociada a la negligencia, el abandono o la violencia física.

¿Qué podemos hacer desde el sistema sanitario en el abordaje del maltrato a las personas mayores

A pesar del infradiagnóstico, poco a poco va aumentando la sensibilidad de los y las profesionales sanitarios frente al problema del maltrato y cada vez se va demandando más formación específica, pautas de actuación consensuadas y recursos asistenciales que ayuden no solo a tratar los casos diagnosticados sino a prevenir su aparición.

La estrategia para el abordaje sería similar a la de otros problemas sociosanitarios; se trataría de dar respuesta a algunas preguntas: ¿Podemos hacer prevención primaria? ¿Qué podemos hacer para detectar precozmente? ¿Cómo abordar el problema una vez confirmado?

I. Prevención Primaria:

Entendiendo la prevención primaria como aquellas intervenciones que permiten evitar que el problema aparezca. Dada la complejidad de las causas, las posibilidades de hacer este tipo de prevención no son fáciles. Se trataría de incidir sobre **las causas sociales y culturales** del maltrato al mayor, que es una tarea educativa en el ámbito de la familia, la escuela, los medios de comunicación y de la sociedad, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores, y esto sobrepasa las posibilidades de intervención del contexto sanitario. Sin embargo, existen actuaciones posibles de los profesionales sanitarios en prevención primaria que serían las siguientes:

- Detectar los factores de riesgo del anciano y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.
- Apoyar a los cuidadores: Identificar y actuar preventivamente ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional que pueden influir en la aparición de conductas violentas mediante el desarrollo de programas de atención al cuidador.

Otras acciones preventivas que deberían poner en marcha la administración y los gobiernos serían:

- El desarrollo de programas educativos para niños y jóvenes orientados al respeto y al reconocimiento a las personas mayores y discapacitadas en la familia, en la escuela, en los medios de comunicación y en la comunidad.
- El desarrollo de programas de ayuda social a los ancianos y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de recursos para los cuidados psicosociales de la familia.
- Cambios en la normativa laboral facilitando limitación de jornada en condiciones económicas dignas cuando se tiene a cargo ancianos dependientes.

2. Detección precoz.

Se trata de detectar precozmente situaciones de maltrato para intervenir precozmente y minimizar las consecuencias, y se haría a través de la entrevista clínica. Se recomiendan algunas preguntas facilitadoras y normas para la entrevista. En el momento actual no se dispone de instrumentos para la detección cuya utilidad clínica esté validada y tampoco disponemos de ninguno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo; por tanto se debe continuar la investigación en este campo.

Recomendaciones de organizaciones internacionales:

La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato. La U.S. Preventive Services Task Force (USTF) y la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF), tienen una postura más conservadora, no obstante aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta ordinaria para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente a través de la entrevista y la exploración, dando prioridad a aquellas personas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad.

Pautas de actuación

- **Realización de la entrevista clínica a las personas mayores** por el profesional. Se considera un instrumento clave para la detección y hay algunas normas para facilitar el desarrollo de la entrevista ante sospecha de maltrato. Se enumeran en la Tabla 3.

Tabla 3

Pautas de entrevista:
<p>Normas para facilitar la entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrevistar al paciente solo y con el cuidador• Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia• Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos• Garantizar la confidencialidad• Hablar con lenguaje claro y sencillo• Hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema• Preguntar por factores de riesgo
<p>La A.M.A sugiere 5 preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- ¿Alguien le ha hecho daño en casa?2.- ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?3.- ¿Le han amenazado?4.- ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?5.- ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?
<p>Canadian Task Force sugiere añadir:</p> <ol style="list-style-type: none">6.- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?7.- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?8.- ¿Alguien le coge cosas sin su permiso?9.- ¿Está solo a menudo? <p>Para explorar los diferentes tipos de maltrato se pueden utilizar preguntas exploratorias dirigidas hacia cada uno de ellos.</p>

- **Explorar cuidadosamente signos físicos y explorar actitudes y estado emocional:**
 - Explorar cuidadosamente signos físicos como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre como se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y el agresor.
 - Explorar actitudes y estado emocional: miedo, inquietud, inhibición. Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión etc.

Si diagnosticamos un trastorno depresivo, ansiedad o insomnio, ser cautos en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancia de las tomas.

- Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de maltrato Tabla 4.

Tabla 4

Señales de alerta y signos de maltrato
<ul style="list-style-type: none">• Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones• Retraso en solicitar la asistencia• Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes• Administración involuntaria de medicamentos• Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados• Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas• Desnutrición sin motivo aparente, deshidratación• Caídas reiteradas• Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador• Actitud de miedo, inquietud o pasividad• Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión• Negativa del cuidador a dejar solo al anciano

3. Actuación tras el diagnóstico:

Si se llega al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una **valoración inicial de la situación de riesgo**, investigar si es una situación aguda o crónica; valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato (físico, psíquico o social) y **establecer un plan de actuación integral**, que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, abordando cada uno de los aspectos. En la valoración y la elaboración del plan de actuación es imprescindible contar con la /el trabajador social.

Valoración de situación del Riesgo Vital inmediato o peligro extremo:

- a. Riesgo físico: Se valorará si existe riesgo para la vida por sus lesiones, por desnutrición, deshidratación, intoxicación por fármacos o privación de la medicación necesaria para su vida, etc.

3. Programas de Intervención y Posibilidades de Coordinación

- b. Riesgo autolítico: Se valorará la ideación autolítica, y el grado de estructuración de la misma.
- c. Riesgo de nueva agresión o de mantenimiento de conductas negligentes con riesgo para la vida.

En el caso de existir riesgo vital inmediato o peligro extremo, en las dos primeras situaciones debe remitirse al hospital con carácter urgente, en medio seguro y avisando previamente al servicio de urgencias del hospital.

En el tercer supuesto, aun cuando no haya riesgo inmediato físico o psíquico, pero existe riesgo grave de nueva agresión, deberá comunicarse al juez con carácter urgente para que arbitre las medidas de protección.

Es preciso tener especial cuidado en aquellos casos en los que la persona mayor esté incapacitada legalmente, donde se actuará como en el caso de los menores. También se recomienda especial cautela en situaciones de graves limitaciones físicas que le pudieran dificultar la petición de ayuda.

Si no se objetiva riesgo vital inmediato ¿cómo actuar?

Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación teniendo en cuenta la opinión del propio anciano si su estado cognitivo lo permite, y del cuidador, valorando los recursos con los que cuenta. Hoy disponemos de una red de apoyo sociosanitaria, que en general el trabajador social puede poner en marcha.

Respecto a la realización del parte de lesiones para el juzgado se remitirá sin demora en situaciones de riesgo vital inmediato o peligro extremo.

En el resto de los casos es conveniente hablar con el anciano y con la familia e intentar analizar como se ha llegado a esa situación y estudiar posibles soluciones, antes de tomar la decisión de realizar el parte judicial que puede afectar a la relación del profesional con la persona mayor y con la familia e impedir ayudas posteriores. Esta consideración es fundamental cuando el desencadenante de la situación haya sido la sobrecarga del cuidador/a o algún trastorno psicopatológico, situaciones ambas que pueden tener un abordaje profesional diferente, sin necesidad de judicializar la situación.

Estrategias e intervenciones de ayuda al anciano maltratado

Orientadas al anciano

- Evitar el aislamiento social mediante:
 - Servicios de atención a domicilio

- Servicios de teleasistencia
 - Centros de día
 - Apoyo y supervisión por parte de Servicios Sociales
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios, contando con la familia y con apoyo social si fuera preciso.
 - Simplificar la medicación.
 - Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano.
 - Valorar la necesidad de institucionalizar al anciano si la familia no puede garantizar su atención.

Orientadas a la persona que maltrata, cuando ésta es el cuidador o familiar

Intervención en los casos señalados en la tabla 2, cuando esa persona es cuidador/a de ancianos.

Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:

- Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar con mejores condiciones para su cuidado.
- Contactar con grupos de apoyo comunitarios (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos, etc.)
- Garantizar periodos de descanso a la persona que cuida (facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día, o centros de corta estancia o de respiro familiar).
- Dar apoyo técnico y emocional al cuidador/a por parte de los profesionales del Equipo de Atención Primaria, a través del programa de atención al cuidador familiar. Un instrumento útil para valorar la sobrecarga del cuidador/a es la escala de Zarit o su versión reducida.
- Si la persona que cuida padece un problema psicopatológico facilitar apoyo y tratamiento.
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.

El esquema de actuación se resume en el Figura 1.

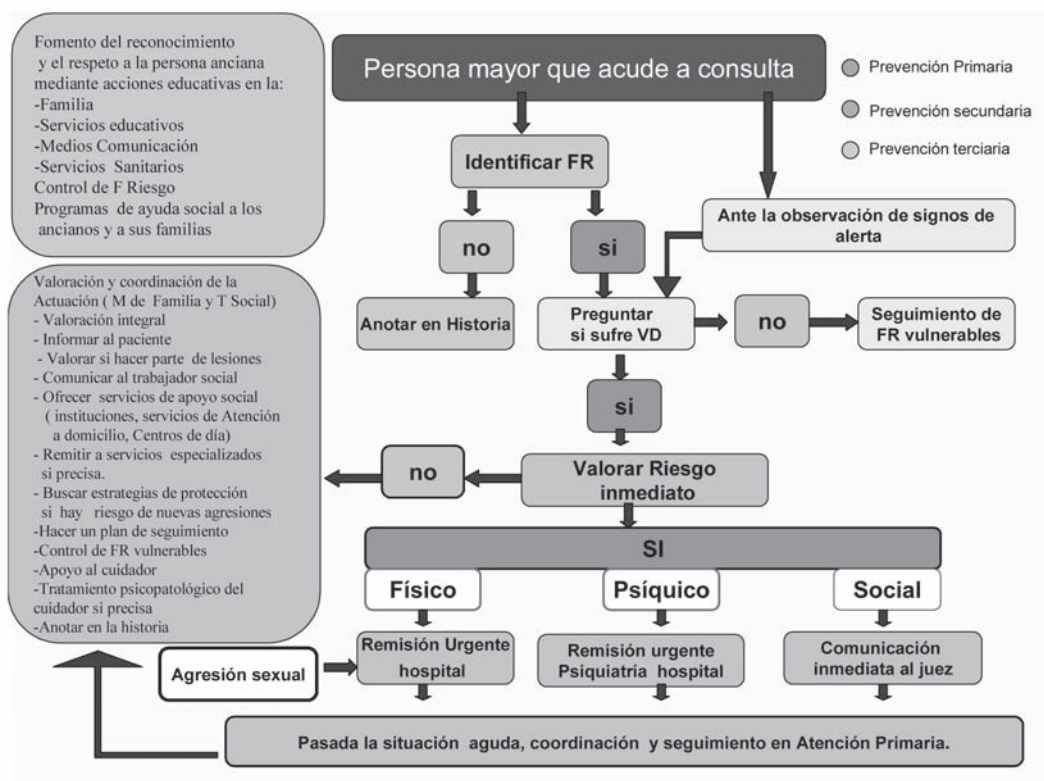


Figura 1. Algoritmo de actuación ante el maltrato a las personas mayores

En este sentido van dirigidos los Servicios de atención al Cuidador o Cuidadora Familiar, que se están empezando a implantar en Atención Primaria.

Se plantean intervenciones desde una doble vertiente: el cuidador como proveedor de cuidados y a su vez necesitado de ellos:

- Capacitando al cuidador para conseguir una mejor prestación del cuidado.
- Dirigidas a las necesidades específicas del cuidador, motivadas o favorecidas por su rol de cuidador familiar; tanto en el área física (cansancio, dolores osteoarticulares,...), psíquica (depresión, ansiedad, irritabilidad,...) y social (disminución del tiempo libre,...).

El inicio temprano de ambas actuaciones nos ayudará a alcanzar los objetivos deseados:

- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores y cuidadoras familiares.
- Promover la participación comunitaria de los cuidadores y cuidadoras familiares.
- Evitar la institucionalización innecesaria de la persona dependiente por claudicación familiar y/o déficit de cuidados.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS) de SemFYC ha hecho algunas recomendaciones básicas para los profesionales de Atención Primaria:

1. Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
2. Identificar personas de riesgo.
3. Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad.
4. Tras diagnóstico: poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y el agresor.
5. Coordinar nuestra actuación con los servicios sociales y especializados.
6. Registrarlo en la historia.

Los Equipos de Atención Primaria están en una situación privilegiada para llevar a cabo actuaciones para prevenir y actuar ante la aparición del cuadro clínico del síndrome del cuidador/a. La OMS y el INPEA optan por el contexto de la Atención Primaria al plantearse una estrategia global contra el maltrato en personas mayores, y apuestan por “*lograr que los trabajadores de Atención Primaria tomen conciencia del problema del maltrato al mayor como cuestión crucial en la prevención y/o intervención sobre el problema*”; para ello proponen la elaboración de un programa educativo sobre el maltrato a las personas mayores dirigido a los y las profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Finalmente una reflexión:

Es necesario cambiar algunos contextos; es necesario tomar posturas activas para evitar el maltrato y fomentar el buen trato a las personas mayores.

Para que el dar años a la vida, sea una experiencia vital gratificante... y no se convierta en una dolorosa realidad

Referencias

- Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España: Rev Esp Geriatr Gerontol; 2001. 36 (1). 8-14.
- Iborra I. Violencia contra personas mayores, Barcelona, Ariel, Colección: Estudios sobre Violencia nº 11, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2005. Págs. 69-85.

3.2. Actuación ante el maltrato a las personas mayores

M^a Luisa Garreta Burrel

Directora Enfermería. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria IAGS

Miembro de la Comisión de Atención al Maltrato del IMAS

Introducción

El fenómeno del maltrato a los ancianos no es nuevo, sin embargo no había llamado la atención de los profesionales sanitarios ni organismos sociales hasta los últimos años ya que la mayoría de casos no trascienden del ámbito familiar y no han constituido un escándalo público como la violencia contra las mujeres o los niños.

Es necesario plantearse que existe una situación especial con un colectivo de personas especialmente vulnerables y con un alto riesgo de marginación. Los ancianos presentan problemas múltiples de movilidad, deterioro cognitivo, enfermedades, etc; por lo que con frecuencia, necesitan ayuda en sus actividades diarias y ello hace que sean dependientes de otra persona. Esta dependencia lleva a que la familia y la sociedad los consideren como una carga y limiten la atención a mínimos en demasiadas ocasiones. Los cambios de valores en la sociedad actual generan un maltrato al anciano desde el punto de vista social e institucional. Existe una minusvaloración de la figura del anciano, con poca información a la sociedad para que entienda los problemas de las personas mayores, así mismo la marginación de la figura del anciano en los medios de información es palpable.

Con frecuencia, existe cierta dificultad para diferenciar entre actos correctos, incorrectos y malos tratos, ya que nos hallamos ante una cuestión de conciencia personal y de valores sociales. La violencia física es fácil de determinar; pero la violencia en la palabra y las actitudes de desprecio, abandono o negligencia pueden pasar desapercibidas en muchos casos, sin olvidar el abuso económico al que se ven sometidos con demasiada frecuencia las personas mayores.

Definición de maltrato

La American Medical Association (AMA) define el maltrato como “todo acto u omisión como consecuencia de los cuales hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona”.

3. Programas de Intervención y Posibilidades de Coordinación

El Consejo de Europa lo define como “todo acto u omisión cometidos contra un anciano, en el marco de la vida familiar, en lo que respecta a su seguridad económica, su integridad física o psíquica, su libertad, o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad”.

La Acción contra el Maltrato al Mayor (Action on Elder Abuse) del Reino Unido define el maltrato al anciano como “un acto único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.

Maltrato son todas aquellas situaciones no accidentales en las que la persona mayor sufre un daño ya sea físico, de privación de sus necesidades básicas o bien un daño psíquico, como resultado de una omisión por parte de la persona que le cuida.

Los malos tratos al anciano pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Abuso
- Negligencia o abandono: deficiencia, por parte del cuidador, para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios, en orden a evitar un daño físico, angustia o daño mental.
 - Abandono activo: existe intencionalidad.

Tipos de maltrato

1. Maltrato físico. Todos aquellos actos de violencia que producen dolor, deterioro y daños físicos.
2. Maltrato psicológico. Se trata de conductas que provocan angustia en el anciano, tales como amenazas o intimidación verbal.
3. Negligencia. Es la incapacidad para proporcionar los cuidados necesarios, una sea deficiencia en la alimentación o en proporcionar la ayuda necesaria para desarrollar las actividades básicas.
4. Abuso económico. Hacer mal uso de los ingresos o recursos de la persona mayor, actitudes de coartación para firmar contratos o poderes notariales.

Factores de riesgo

El mayor riesgo de malos tratos se produce en los pacientes que más cargas de trabajo generan, es decir, cuanto más dependiente, mayor riesgo de malos tratos. Aunque está comprobado que el maltrato se puede dar en cualquier circunstancia.

Los factores de riesgo se pueden deber a:

- **Anciano:** (Deterioro físico, mental o emocional que le produce una dependencia, aislamiento social, cohabitación con el agresor; deterioro rápido que no permite organizarse a la familia, historia previa de violencia familiar).
- **Cuidador:** (Cuidadores agotados: cuidadores que lleven un promedio de 5 años cuidando al anciano, cuidador único sin ayudas familiares ni oficiales, poco preparado y con problemas personales: laborales, de pareja... Problemas psíquicos en el cuidador; adicción a drogas, alcohol. Cuidador con dependencia económica del anciano, mala relación previa entre el cuidador y el anciano).
- **Del entorno:** (Falta de respuesta a las demandas realizadas, falta de soporte tanto familiar como institucional. Falta de espacio en la vivienda, dificultades económicas).

Perfiles

Prevalencia

A pesar de que hay estudios que establecen que entre el 5 y el 8% de las personas mayores son víctimas de maltrato, se desconoce la realidad dado que no se denuncian gran parte de estos malos tratos. Las razones de esta infradetección son:

- La dificultad para denunciarlo por parte de algunos mayores puede ser debida a un deterioro cognitivo, miedo a represalias o abandono y falta de conciencia de estar siendo maltratado.
- Ocultación del maltratador.
- No-detección por parte de los profesionales.

Alrededor del 80% de las situaciones de maltrato detectadas se producen en mujeres y en más del 50% de los casos los malos tratos son inflingidos por los hijos. El maltrato más prevalente es la negligencia física, seguida de maltrato psicológico, el abuso económico y el abuso físico. La existencia de un tipo de maltrato no excluye la presencia de otro, ya que con frecuencia se da más de un tipo de maltrato en la misma persona. Según algunos estudios, el 70% de las víctimas sufren más de un tipo de maltrato.

A pesar de las dificultades es importante recordar que el personal sanitario tiene una posición estratégica ya que muchas veces es el primer y único contacto que los ancianos maltratados pueden establecer. Sin olvidar que existe una responsabilidad profesional, ética y legal que nos obliga a no dar la espalda a este problema.

Mecanismos de detección y prevención

Es fundamental que ante la sospecha de maltrato a un anciano se actúe de manera coordinada con el resto de profesionales, tanto del propio centro donde se está realizando la asistencia, como con el de otros recursos tanto sanitarios como sociales y jurídicos. Para facilitar esta actuación coordinada, en los últimos años se están creando Comisiones de Atención al Maltrato y grupos de trabajo tanto en los centros sanitarios como en la administración pública.

Con esta finalidad y siguiendo las recomendaciones mencionadas, para poder detectar y actuar ante las situaciones de maltrato, en el año 2002 se crea en el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) de Barcelona una Comisión Técnica en la Atención al Maltrato (CTAM).

El objetivo principal de esta comisión es;

La elaboración de los diferentes protocolos y algoritmos de actuación en la atención y detección de todo tipo de malos tratos (violencia de género, infancia y personas mayores)

Como objetivos específicos:

Elaborar e implementar la aplicación de los protocolos de detección de los maltratos tanto del niño, de género como a la persona mayor.

Desarrollar el circuito interno de actuación dentro de los hospitales del IMAS para garantizar una correcta atención ante cualquier maltrato.

Elaboración y difusión de trípticos y posters para las diferentes áreas asistenciales.

Creación de un registro informático, base de datos y un sistema de codificación que garantice la confidencialidad de los datos.

Desarrollar un programa de sensibilización y formación para los diferentes profesionales implicados en este circuito.

Crear un grupo de trabajo para llevar a cabo el seguimiento en el cumplimiento del circuito.

Establecer un circuito para a la coordinación externa con los servicios comunitarios: S. Sociales, Servicio atención a la mujer, Servicios de acogida temporal, etc.

En esta Comisión están representados todos los centros del IMAS. Forman parte de ella diferentes profesionales asistenciales; médicos, enfermeras, trabajo social, psicólogos, atención al usuario y documentación clínica.

Se crean grupos de trabajo específicos para cada tipo de maltrato, infantil, de género y ancianos.

Se elaboran protocolos y algoritmos específicos para los diferentes tipos de maltrato.

Sus miembros hacen difusión entre los profesionales y formación interna y externa. Así mismo hacen un seguimiento en la correcta atención a las víctimas y la cumplimentación de los protocolos.

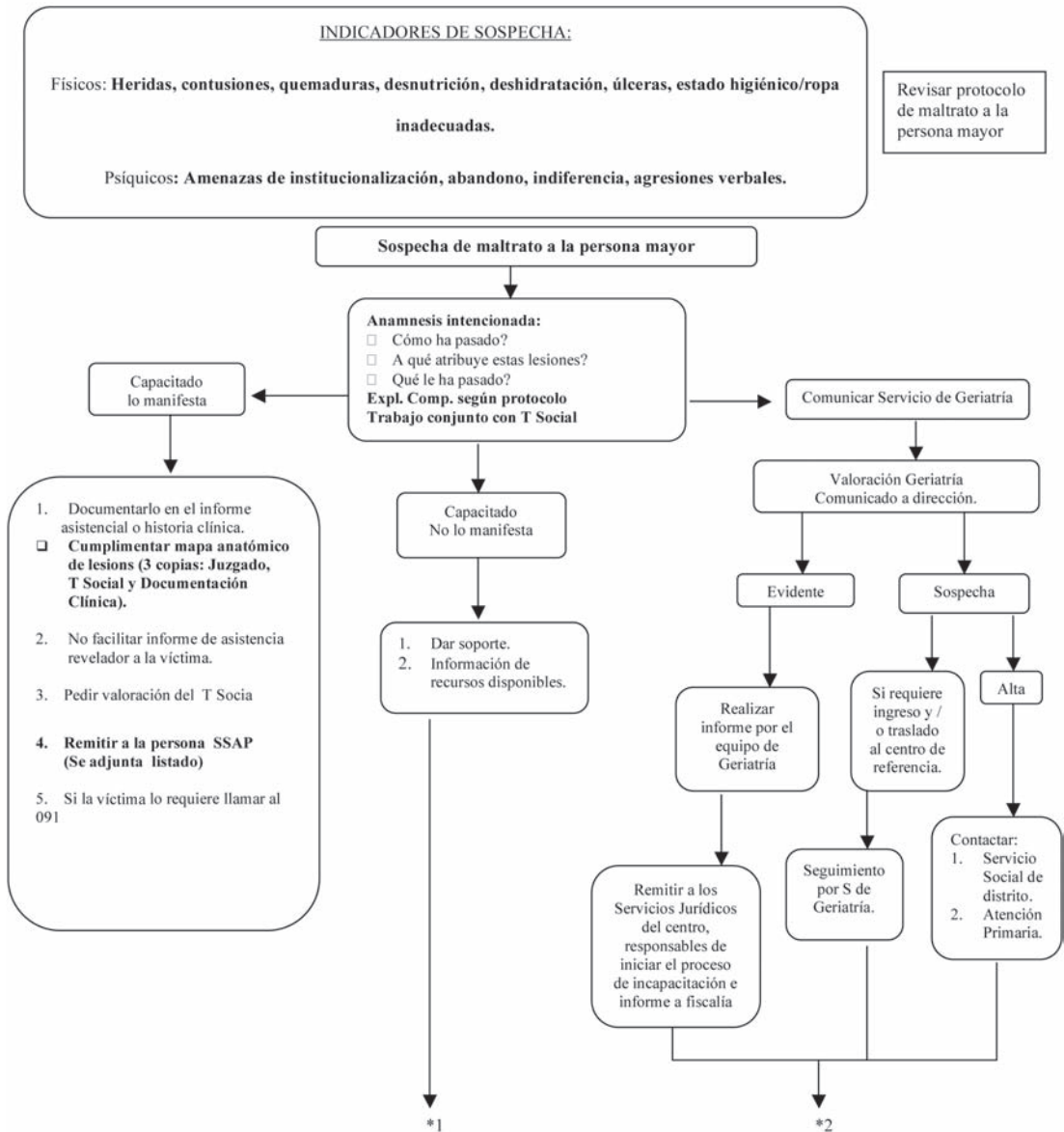
Así mismo se crea una base de datos y un sistema de codificación que garantice la confidencialidad.

Se establecen circuitos para la coordinación externa con los servicios comunitarios y Atención Primaria.

Desde la comisión se colabora con otros grupos de atención al maltrato en el ámbito comunitario.

Se anexa el algoritmo de actuación ante el maltrato a la persona mayor y el mapa anatómico.

Detección y algoritmo de actuación ante un maltrato a la persona mayor



*1

QUÉ HAY QUE EVITAR:

- ☐ Dar un informe de asistencia al paciente revelador de la etiología de las lesiones / negligencia / abuso.
- ☐ Facilitar el informe asistencial al paciente cuando esté acompañado del supuesto maltratador.
- ☐ Si no hay deterioro cognitivo evitar informar y dar la Documentación a la familia y no a la persona mayor.
- ☐ Guardar información reveladora en lugares accesibles.

*2

QUÉ HAY QUE RECORDAR:

- ☐ Visitar la persona mayor siempre sola y entrevistar independientemente a la familia.
- ☐ Se debe hacer:
 - ☐ Codificación de les lesiones
 - ☐ Codificación del tipo de maltrato
 - ☐ Codificación del maltratador
- ☐ Ante la sospecha de maltrato siempre se debe hacer comunicado judicial.
- ☐ Si hay deterioro cognitivo valoración por el Servicio de Geriátria, responsable de hacer el informe.
- ☐ Remitir a los Servicios Jurídicos del centro el informe, son los responsables de iniciar el proceso de incapacitación y el informe a fiscalía.
- ☐ Remitir copia del mapa anatómico a los Servicios Sociales de cada centro.

PERSONAS DE REFERENCIA:

- ☐ **Maltrato a la persona mayor:** Servicio de Geriátria. IMAS.
- ☐ **Trabajadores Sociales de cada centro.**

3. Programas de Intervención y Posibilidades de Coordinación

Mapa anatómico persona mayor

CENTRO Asistencial / N° Asistencia:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ DNI: _____
ESTADO CIVIL: _____ DOMICILIO: _____ NUM. _____ PISO: _____
POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____
NHC: _____

DIA _____ HORA _____ ACOMPAÑANTE Si No

Convivencia: ☐ Institución ☐ Pareja ☐ Hijos ☐ Solo ☐ Otros

Antecedentes

Antecedentes patológicos _____

Datos asistenciales

Motivo de consulta: _____

Sospecha deterioro cognitivo:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desnutrición	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Deshidratación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Higiene deficitaria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Úlceras por presión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Lesiones físicas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Descripción y localización de las úlceras _____

Descripción de lesiones _____

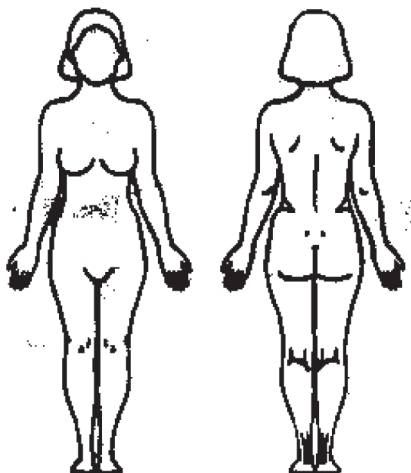
Exploración física: _____

Estado anímico actual: ☐ Depresivo ☐ Ansioso ☐ Agresivo ☐ Confusa ☐ Otros

Exploraciones complementarias _____

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamiento efectuado: _____



Derivación: ☐ A. Primaria ☐ Hospital ☐ Residencia ☐ C. Sociosanitario ☐ Otros: _____

Comunicado judicial: ☐ Si ☐ No Llamada Juzgado: ☐ Si ☐ No

Datos Socioeconómicos

Independencia económica: ☐ Si ☐ No

Número de familiares a su cargo: _____

Número de personas que conviven en el mismo domicilio: _____

Datos del facultativo _____

Apellidos y Nombre: _____

Núm. Colegiado: _____

Firma

3.3. Procedimientos legales que protegen al mayor

Rosa de Couto Gálvez

*Prof. Catedrática de la Facultad de Derecho. Departamento de Derecho Privado
Área de Derecho Civil
Universidad Pontificia Comillas*

Para alcanzar un efectivo amparo de los derechos constitucionales del anciano, el eslabón básico va a ser el concepto de “dignidad de la persona”, con una vocación de universalidad, y sin dar cauce a ningún elemento o circunstancia que pueda provocar discriminación o diferenciación. Desde los preceptos constitucionales se configura el marco jurídico-social de derechos y deberes para todos los ciudadanos, estableciendo un sistema de garantías para que los principios reconocidos no sean tanto utópicos, y sí realmente efectivos.

Todo anciano, toda persona es sujeto indiscutible de derechos humanos, aunque algunos de estos derechos y libertades, amparados por nuestra Carta Magna, alcanzan especial relieve en determinadas circunstancias. Siempre en un lugar preferente, y como eje principal de la condición del ser humano, se encuentra el derecho reconocido en el artículo 10: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.

Esencial, como el derecho anterior, es el principio de igualdad establecida en el artículo 14, y por esto, no se puede admitir, ni tolerar discriminaciones por “condición o circunstancia personal o social”. Otro precepto constitucional, constante en la realidad del anciano por su quebrantamiento y vulnerabilidad, es el artículo 17 en el que se ampara el derecho a la libertad, derecho fundamental que sólo puede ser regulado por Ley orgánica, tal como prevé el artículo 81 del texto constitucional, “Son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas (...)”.

Asimismo es relevante el derecho a la “integridad moral y física” reconocido en el artículo 15, además del derecho a la vida, “sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni apenas o tratos inhumanos o degradantes”. Con la misma finalidad en artículo 18 garantiza el “el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Por último, debemos mencionar algunas disposiciones constitucionales que especifican las obligaciones de los poderes públicos, para organizar y tutelar aquellas circunstancias que faci-

3. Programas de Intervención y Posibilidades de Coordinación

litan el cumplimiento de las directrices generales de la política económica y social. Principios rectores señalados en la Constitución, y que inciden en la realidad del mayor:

- A. Los poderes públicos tienen la obligación de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia (artículo 39).
- B. En este mismo sentido, los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todo ciudadano, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad (artículo 41).
- C. El organizar y tutelar la salud pública, compete a los poderes públicos mediante medidas preventivas y prestaciones necesarias (artículo 43.2).
- C. Aunque es amplio y general el contenido del artículo 50, no obstante, existe un reconocimiento de compromisos constitucionales importantes a favor de los ancianos o mayores. En primer lugar, esta norma determina que la suficiencia económica de los ciudadanos de la tercera edad deberá ser garantizada por los poderes públicos a través de pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas. Y en segundo lugar, precisa que, sin ser incompatibles con las obligaciones familiares que el legislador también regula, deberán ser igualmente funciones de los poderes públicos la promoción del bienestar del anciano mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Desde el amparo constitucional, el anciano se ve privado del correcto ejercicio de sus derechos, y esto ha motivado Instrucciones de la Fiscalía General del Estado y Estudios del Defensor del Pueblo, donde se investigan las denuncias sobre la inadecuada aplicación de la normativa de incapacitación, de funcionamiento del cargo tutelar, y del régimen jurídico del internamiento en un centro.

Asimismo, la discriminación del anciano puede acaecer desde una perspectiva jurídica en el trato desigual por la aplicación de las normas, o por otros factores que llevan al mayor, en muchos casos, a una economía de supervivencia. Una de las propuestas planteadas en el Informe del Defensor del Pueblo correspondiente a 2006 fue impulsar directrices que supriman el desamparo económico del mayor. En un primer momento, al supervisar la política social, el Defensor del Pueblo manifiesta que “conoce el esfuerzo presupuestario del Estado durante los últimos ejercicios”, pero esto no impide que señale la necesidad de nuevas medidas que favorezcan el incremento en las cuantías de las prestaciones de jubilación y viudedad, y así “evitar penosas situaciones” que fomentan “una bolsa de pobreza integrada por los mayores y ancianos”

Los derechos constitucionales incuestionablemente pertenecen a cualquier persona, aunque en una realidad donde son preferentes los intereses particulares, el respeto por la libertad

y por la dignidad del anciano refleja una fragilidad que, en numerosos casos, se quebranta. Son diversas las causas que motivan la ruptura de la norma constitucional: por existir una relajada conciencia social en cuanto a la protección del mayor; por el desconocimiento de las normas aplicables; por la primacía de los intereses privados sobre los del anciano. Esta heterogeneidad de causas dificulta el logro de soluciones efectivas.

El análisis sobre los recordatorios constitucionales y normativa jurídica que protege al anciano, nuevamente está presente en el contenido jurídico de la Ley de Dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Quedan reguladas medidas, esencialmente, de política social.

Llama la atención la preocupación del legislador por recordar y calificar derechos constitucionalmente protegidos, como derechos de los ancianos. Así aparece expresamente en el artículo 4 de esta Ley de Dependencia los derechos de las personas en situación de dependencia:

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.
2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:
 - A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.
 - A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.
 - A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa o por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.
 - A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal..
 - A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.
 - A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

3. Programas de Intervención y Posibilidades de Coordinación

- A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.
 - Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamiento involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.
 - Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.
 - A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de (...) personas incapacitadas judicialmente, estarán legitimadas para actuar en su nombre (...) quienes ostenten la representación legal.
 - A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.
3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior; sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia (...)"

No se está regulado en esta Ley de Dependencia ningún derecho que no esté ya reconocido explícitamente en la Constitución. Existen, y tienen la máxima protección jurídica, o el amparo de la Ley. Y si es así, sorprende la habitual vulnerabilidad y quebrantamiento de los derechos constitucionales que un anciano podría alegar. El análisis del contenido de este artículo 4, nos lleva a una reiteración insistente, lo que pone de manifiesto la preocupación del legislador por el respeto efectivo de los mismos.

Es ilustrativo e interesante el Dictamen del Consejo de Estado sobre el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, aprobado el 23 de marzo de 2006. En un primer momento, cuando comienza la interpretación del artículo 4, determina con claridad el carácter transversal de la Ley, en cuanto orientada a facilitar el disfrute efectivo por las personas dependientes, de los derechos que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos.

A continuación, el Consejo de Estado valora la incorporación de un listado de derechos, y añade que esta inclusión en el Ley "sugiere una separación o distinción entre los derechos de las personas en situación de dependencia y los del resto de los ciudadanos, sin que esa "especial protección" tenga una traducción específica en el Anteproyecto".

Con acierto, el Consejo valora su alcance, y señala que "carece, así, de justificación, por lo que debe suprimirse el listado de referencia, lo que no impide que se incluya una declaración genérica". Propone con argumentos jurídicamente rigurosos, la supresión del listado, e indica que sería suficiente una mención o remisión genérica. Evitaría esenciales problemas de interpretación y aplicación de la norma.

No es posible ignorar una realidad en nuestra sociedad y es la manifestación de maltrato sobre las personas mayores, más vulnerable aún si el anciano sufre deficiencias físicas o psíquicas, persistentes, lo que le hace carecer de autogobierno suficiente para regir su persona y bienes. En estas situaciones de imposibilidad para ejercitar sus derechos y cumplir sus obligaciones, con la ausencia de criterios volitivos y cognoscitivos jurídicamente válidos, son en estos momentos cuando concurre la necesidad de instrumentar medidas especiales para proteger al anciano. Su conducta puede ocasionar perjuicios a sí mismo y a otras personas.

Múltiples y diversas son las causas que justifican un análisis riguroso de las normas que amparan un procedimiento de incapacitación de una persona, siempre sobre el basamento de la protección del presunto incapaz, y lejos de los intereses particulares y patrimoniales de los familiares. Privar o limitar la capacidad de obrar de una persona mayor, es una medida excepcional, y con una sola finalidad, la protección del anciano vulnerable por la falta de discernimiento.

¿Qué puede ocasionar el inicio de un procedimiento de incapacitación? Para que prospere un proceso de incapacitación de un anciano el requisito básico es la falta de autogobierno, la ausencia de discernimiento suficiente para emitir una declaración de voluntad jurídicamente válida, y no va a ser tanto la existencia de una enfermedad física o psíquica persistente. La incapacitación provoca un cambio de capacidad de obrar de la persona, y sólo puede constituirse a través de una sentencia dictada por un juez, y siempre que se cumplan todos los presupuestos legales, todas las garantías jurídicas, ya que supone una modificación del estado civil, de capaz a incapaz. El grado limitativo de incapacidad viene especificado en el contenido de la sentencia. Ahora bien, por las consecuencias que conlleva la resolución judicial de incapacidad, debe ser publicada en el Registro Civil.

¿Cuándo a un anciano le falta la aptitud de autogobierno? En estas situaciones nos encontramos con *un desajuste* entre la realidad, una disminución o ausencia de facultades por algún defecto físico o psíquico, y la presunción de plena capacidad de obrar que le otorga el Derecho. En principio, este sujeto puede actuar jurídicamente, pero ¿su consentimiento será válido? Si tenemos en cuenta que la conducta de una persona es el resultado de su entendimiento y voluntad, si este querer y entender están alterados por algún defecto o enfermedad física o psíquica, no se puede afirmar que su consentimiento (manifestación o exteriorización de estos elementos) sea válido. Por el contrario, se considera que es un acto anulable. Estamos hablando de una persona mayor con capacidad de obrar, pero sus actos adolecen de *vicio* o defecto en el consentimiento (manifestación o exteriorización del entendimiento y voluntad)

Las consecuencias que desencadena la sentencia de incapacitación son relevantes, porque afectan directamente a la *libertad* de actuación de una persona, y por este motivo únicamente es posible limitar la capacidad de obrar de un sujeto en aquellas situaciones en las que se cumplan los presupuestos o requisitos señalados por la Ley.

Desde la regulación y finalidad del proceso de incapacitación, es fundamental tener presente que éste debe iniciarse como *medida excepcional* de protección de la persona, y siempre buscando su beneficio, ya que pasará a tener el estado civil de incapacitado. Los parámetros que regulan esta figura jurídica no son los intereses de terceras personas, sino el propio sujeto incapaz, el anciano en este caso.

Por estos motivos es imprescindible conocer y aplicar las normas que rigen la incapacitación de una persona partiendo de dos pilares: es una medida que busca el beneficio de presunto incapaz y no los intereses de los familiares; y es una medida excepcional porque priva en todo o parte al sujeto de la capacidad de obrar que una persona tiene. Cuando no se respetan las garantías legales se atenta contra la plena *libertad de actuación* que tiene cualquier sujeto desde la mayoría de edad.

¿Quiénes están legitimados para promover el procedimiento de incapacitación de un anciano? La legitimación se define como la idoneidad de un sujeto “para ser parte en un proceso”, asumiendo la responsabilidad que esto implica. Así, comenzar un proceso de esta naturaleza ¿es una facultad o un deber?. Podemos señalar que es un derecho-función de ejercicio necesario, y que la ley lo asigna a su titular para que su ejercicio se realice en beneficio de otro (presunto incapaz). Desde la cualidad de ser un derecho de “ejercicio obligatorio”, pesa más el aspecto de “deber” que el de “derecho”, y su inactividad ocasionaría un perjuicio al beneficiario del mismo.

Y en los casos que no se ejerce este derecho-función ¿implicaría responsabilidad de los sujetos legitimados?. La Ley de Enjuiciamiento Civil (artículo 754 de la L.E.C.) lleva a unificar en un mismo proceso la incapacitación y la designación del cargo tutelar, siempre que se solicite, y por ello, aparece en un único momento el inicio del procedimiento (incapacitación y tutela). Además, hay que atender al contenido del artículo 229 del Código Civil (C.C.) donde se especifica que si los sujetos obligados a promover la tutela, los parientes llamados a ella (...), “*si no lo hicieren, serán responsables solidarios de la indemnización de los daños y perjuicios causados*” por aquella persona que debería estar bajo cargo tutelar provocado por una sentencia de incapacidad.

Una interpretación sistemática de las disposiciones jurídicas nos conduce a considerar “el deber de instar” la incapacitación. Además, a esta valoración se suma el argumento finalista de las normas que busca alcanzar la protección del interés y beneficio del presunto incapaz. De todo ello, es posible afirmar que los sujetos legitimados legalmente están obligados a promover la correspondiente declaración de incapacitación del anciano o mayor:

Pero promover el procedimiento de incapacitación de una persona mayor no es exclusivo de los familiares. Aquellas personas con vínculo de parentesco más cercano a la persona mayor están autorizadas para solicitar el inicio del proceso. Ahora bien, tras la reforma de la L.E.C. en el año 2000 (artículo 757), *desaparece* el “orden de preferencia” que existía

antes a favor de algunos parientes frente a otros, para solicitar la incapacitación. Además, se reconoce que el *Ministerio Fiscal* está autorizado legalmente a iniciar este procedimiento, por cumplir una función pública de amparo del presunto incapaz.

En otros casos, las personas que intervienen no serán parte en el procedimiento, ya que únicamente informan al Ministerio Público, y si éste lo estima, inicia un procedimiento de esta naturaleza. El alcance es diferente del derecho-obligación del sujeto legitimado, porque en estas situaciones *cualquier persona*, las autoridades y los funcionarios públicos pueden “poner en conocimiento” del Ministerio Fiscal las circunstancias que ocasionan la incapacitación de un anciano.

La sentencia de incapacitación implica el reconocimiento judicial de una disminución, más o menos amplia, en la capacidad de obrar de un anciano. Esto lleva a la consecuencia inmediata de asignación de un sistema de guarda: tutela, curatela o defensor judicial. Formas tutelares dispuestas y reguladas por la Ley, y que se instituyen con las siguientes características: el nombramiento va a ser un deber de obligado cumplimiento para la persona designada por el Juez (pocas causas de excusa del cargo); su desempeño se realizará buscando el beneficio del tutelado mayor; son cargos tutelares determinados siempre por resolución judicial, la misma que establece la incapacitación del anciano; y es imprescindible, para garantizar los derechos del anciano, un control posterior por el Juez y el Ministerio Fiscal, tanto en el desempeño de la tutela, como en el supuesto de la curatela o del defensor judicial.

La figura más aplicada ante la realidad del anciano es *la tutela*, si se atiende a que normalmente concurren enfermedades progresivas y degenerativas. Algunos parientes, como ya indicamos, tienen obligación de promover la constitución del cargo tutelar, y en el caso de inactividad, asumirán la responsabilidad por los daños y perjuicios causados por el sujeto que debería estar tutelado. Y en cuanto a quiénes pueden ser tutores de un mayor, podrán asumir las funciones tanto personas físicas como jurídicas, y deberán aceptar el cargo, salvo que puedan alegar alguna de las causas de inhabilidad, de remoción o de excusa tasadas por la Ley.

El tutor debe proteger al anciano en el ámbito personal y patrimonial, y entre las funciones que desempeña está: prestar fianza, realizar un inventario de los bienes del tutelado, procurar alimentos, promover la adquisición o recuperación de la capacidad del mayor sometido a tutela, administrar los bienes, y, además de otros deberes, rendir cuentas anualmente y en el momento de finalizar el cargo.

Cumplir idóneamente las funciones estipuladas implica responsabilidad y dedicación de la persona que asume el cargo tutelar. Por esta razón, el desempeño de estas obligaciones puede ser compensado con una retribución, como derecho legalmente reconocido, y siempre que el patrimonio del anciano tutelado lo permita. Remuneración estipulada por el Juez valorando la responsabilidad y el trabajo a realizar.

Aparentemente, con la misma finalidad compensatoria, *la Ley de Dependencia de 2006* configura medidas de política social, otorgando remuneración al “cuidador”. Puede concurrir

en el mismo sujeto la condición de “cuidador” y tutor o cargo tutelar; pero son conceptos diferentes que no deben confundirse. Pueden existir “cuidadores” de personas mayores dependientes físicamente, pero que mantienen una plena actividad intelectual, con capacidad de obrar, y sin sentencia de incapacitación que implique un cargo tutelar.

Con funciones guiadas a la protección del patrimonio del anciano, la Ley regula otro cargo tutelar de larga tradición jurídica, *la* *cúratela*. Mientras que en la tutela el anciano está “representado” por el tutor, cuando se establece la *cúratela*, no se sustituye el consentimiento del mayor, sino que se asiste o “completa” su capacidad de obrar. Será en la sentencia donde se configure este sistema de protección, y el alcance de sus funciones. En cuanto al nombramiento, inhabilidad, excusa y remoción del curador, hay una remisión de la norma a las reglas de la tutela antes mencionadas.

Nos queda señalar entre los cargos tutelares reconocidos por la Ley, y aplicables como instituciones de guarda y protección de los mayores, *el defensor judicial*, propuesto para las situaciones de “conflicto de intereses”, o frente a un inadecuado desempeño de la tutela o *cúratela*.

Y por último, si atendemos a la realidad, hay que mencionar una figura frecuente, *el guardador de hecho*, sujeto que protege al mayor sin que haya sido designado por el Juez para ejercer las funciones que está desempeñando. No es un cargo tutelar; es una “realidad” o “situación de hecho”, con carácter transitorio y previo al momento en el que las autoridades competentes conocen la situación jurídica de incapacitación del anciano, y la correspondiente determinación del cargo tutelar que proceda (tutela, *cúratela*, defensor judicial).

Ahora bien, aunque no esté nombrado por el Juez, las normas que hacen referencia al guardador de hecho admiten que los actos que ya han sido realizados en interés de la persona mayor no podrán ser impugnados, siempre que redunden en el beneficio y la utilidad del anciano. Además, el guardador de hecho podrá pedir la indemnización por daños y perjuicios sufridos cuando no sean ocasionados por su culpa. Por último, es necesario aclarar, que el sujeto que realiza estos actos, al carecer de nombramiento judicial, siempre asumirá la responsabilidad de una actuación sin autorización.

En Cataluña la Ley 39/1991, de 30 de diciembre sobre la Tutela e Instituciones Tutelares fue modificada parcialmente por la Ley 11/1996 de 29 de julio, regulándose la figura de la Autotutela. Por esta norma se admite que una persona, cuando goza de plenas facultades de entender y querer, pueda establecer en una escritura pública quién será su tutor o curador; y aplicarse en un momento posterior si sufre alguna merma o falta de capacidad de obrar. Así la posible designación por el interesado del cargo tutelar quedará incorporada en el Código de Familia de Cataluña aprobado en julio de 1998.

En este mismo sentido, la designación voluntaria del cargo tutelar aparece reglada en el Código Civil por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las

Personas con Discapacidad, y en la Ley/2006, de 14 de junio, de Derecho Civil de Galicia. Actualmente la “autotutela” o designación voluntaria del tutelado, ha consolidado su regulación e implantación, estableciéndose como criterio preferente a cualquier otro, conforme al orden de prelación del artículo 234 del C.C.

Si un anciano es especialmente vulnerable, el Juez puede valorar, por las circunstancias que concurren, su internamiento en un centro, al comienzo, durante o al final de un procedimiento de incapacitación. Internar supone recluir a una persona en una clínica, hospital, residencia. *¿Es posible lograr un punto de equilibrio en donde se respeten la norma constitucional que ampara la libertad y las reglas del internamiento?* Para alcanzar este equilibrio, es imprescindible el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley, y entre ellos: la intervención del órgano judicial que garantizará la legalidad; el dictamen del profesional sanitario; y la obligación del Juez y Ministerio Fiscal de controlar esta situación.

No todos los internamientos son iguales. Desde el *voluntario* en el que media el consentimiento del anciano para su ingreso, y sin necesidad de autorización judicial, hasta el *forzoso ordinario y urgente*, en donde la intervención del juez es imprescindible. En estos supuestos, los requisitos legales previstos son imperativos, y no pueden omitirse para no caer en una privación ilegal de libertad. Otros son los casos donde el anciano ingresa, en un primer momento, por internamiento voluntario, y disminuyendo posteriormente sus facultades de discernimiento, lleva a cambiar la calificación del internamiento a involuntario. Será entonces cuando deba cumplirse todos los requisitos legales del ingreso forzoso.

El maltrato de los ancianos es una realidad. En los últimos años, aparecen en los medios de comunicación noticias relativas a las deplorables condiciones en las que se realizan estos internamientos en algunos centros, donde se quebranta la dignidad de los ancianos, su vida, su salud, su patrimonio y su libertad.

En ocasiones estas circunstancias se dan en los internamientos de ancianos en residencias geriátricas, en régimen cerrado, sin constar su consentimiento expreso. La ausencia de declaración de voluntad explícita del anciano lleva a calificar su internamiento como ilegal, impidiéndoles el ejercicio de sus derechos fundamentales, son privados de libertad. El ingreso se realiza sin la autorización de la persona internada, limitando el libre ejercicio de sus derechos.

Conocer y dar soluciones a estas situaciones no es fácil, ya que el anciano con frecuencia no manifiesta su malestar, o no puede hacerlo por falta de discernimiento, y mucho menos llega a denunciar. Los problemas que concurren tienen gran trascendencia jurídica por afectar a valores fundamentales como son la libertad y la salud del anciano.

4. Experiencias globales

4.1. Atención a mayores especialmente vulnerables desde el Ayuntamiento de Madrid

Florencio Martín Tejedor

*Director General de Mayores
Ayuntamiento de Madrid*

Quiero que mis primeras palabras sean de agradecimiento a la Coordinadora General del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales por la presentación que ha hecho de mí. En segundo lugar deseo saludar a mis compañeros de mesa, la representante de Valladolid, y los representantes de Gerona y de Jerez. Y, ¡cómo no! agradecer a todos ustedes su presencia.

Es habitual ya que, cuando hablamos de lo que hace el Ayuntamiento de Madrid en política social a favor de los mayores, lo hagamos dando a conocer las grandes cifras, la evolución tan impresionante que ha experimentado en los últimos años, destacando los logros que en términos de atención, en términos de cobertura, en términos de crecimiento económico,...ha alcanzado la ciudad de Madrid de la mano de este Equipo de Gobierno. Así es, y así debe ser, por tratarse de una gran urbe que reclama y merece grandes proyectos y grandes realidades.

Hoy, sin embargo, me van a permitir que les hable de otra cosa, de lo que estamos haciendo por la población mayor vulnerable, en una doble vertiente:

- la de quienes se encuentran en situación de riesgo o, ya, en aislamiento y abandono social;
- la de quienes sufren maltrato.

Estos dos programas son dos experiencias de las que nos sentimos orgullosos y tenemos motivos para que así sea. Son novedosas, venimos trabajando desde hace años en ellas,

4. Experiencias globales

estamos entre los privilegiados que las han puesto en marcha en todo el país, sabemos de lo que hablamos cuando nos referimos a aislamiento y a malos tratos. Y, sin embargo, no podemos hablar de grandes cifras. No podemos hablar de grandes logros.

Somos conscientes de que se trata de programas silenciosos, de largo alcance y escasos resultados. Son programas que están abocados en cierto modo al fracaso, si se miden con la vara de la extinción de estas situaciones. Porque con que haya un solo hombre o una sola mujer que viva en situación de aislamiento y abandono social en la ciudad de Madrid nos sentiremos fracasados. Con que haya un solo caso de malos tratos a una persona mayor nos sentiremos, igualmente, fracasados en nuestro intento por evitar, erradicar, los malos tratos.

Pero también nos sentimos orgullosos de lo que hacemos, dentro de estas limitaciones. Porque estos programas, cargados de pequeñas acciones están inspirados en grandes convicciones:

- la necesidad de evitar el aislamiento,
- evitar que haya personas abandonadas,
- evitar los malos tratos por acción y omisión,
- la obligación de cuidar a los que cuidan a nuestros mayores,
- la necesidad de cuidar a los maltratados.

Todas estas personas son personas vulnerables. Y tal vez una sola persona a la que podamos proteger, o cuidar, de los malos tratos merezca mayores esfuerzos de nuestra parte que un centenar de mayores que lo único que necesitan es una ayuda para limpieza de hogar.

Organizaré mi intervención en cinco apuntes para la reflexión:

- Una introducción sobre el hecho de la vulnerabilidad y las personas mayores.
- Un segundo apunte sobre la realidad sociodemográfica y cultural en que viven hoy las personas mayores.
- Un tercer apunte en torno al Ayuntamiento de Madrid y su compromiso con las personas mayores vulnerables.
- Un cuarto apunte para entender el programa de detección e intervención con ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social. Y

- Un quinto, y último apunte, para dar a conocer el programa municipal sobre el maltrato a los mayores.

Introducción

Sobre la vulnerabilidad y las personas mayores

El término vulnerabilidad expresa la incapacidad, la fragilidad y la indefensión de los individuos y de los grupos más débiles de la sociedad.

La vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para superarlos activamente.

Desde un punto de vista más analítico tenemos que comprender que la vulnerabilidad social es el producto de los impactos provocados por múltiples factores individuales y colectivos: económicos, psicológicos, educacionales, culturales y del entramado social. Finalmente, es una de las manifestaciones de las debilidades que tiene nuestro sistema de bienestar, en el sentido que falla en la provisión de la protección necesaria a individuos frágiles.

Entendemos por personas vulnerables, aquellas que por razones físicas, psíquicas o sociales, se hallan en una situación de debilidad o carencia, que les hace proclives a sufrir daño físico o moral.

Para César Gustavo Busso (Universidad de Río Cuarto, Argentina), la vulnerabilidad se expresa como **fragilidad** e **indefensión** ante los cambios del entorno, pero también como **desamparo institucional**, como **debilidad interna** para afrontar los cambios necesarios aprovechando las oportunidades que se le presentan a todo sujeto, como **inseguridad permanente** que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar para lograr mejores niveles de bienestar.

Uno de los colectivos considerados vulnerables son los mayores y ello les hace estar expuestos a condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o Maltrato.

La población adulta mayor se enfrenta a una serie de **factores de riesgo** que potencian su vulnerabilidad social.

El primer factor es **su edad**. Desde el **punto de vista fisiológico**, los individuos con la edad acumulamos situaciones que nos van haciendo gradualmente dependientes; por ejemplo la disminución de la fuerza física, la disminución de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente, -desde el alimentarse y vestirse por sí mismos, hasta saber orientarse en la vía pública...

4. Experiencias globales

La **estructura familiar** se halla en continuos cambios. Cada día son más frecuentes los hogares de mayores que viven solos. A la vez conocemos que la mayoría de los cuidados no formales a personas mayores dependientes son dados por la familia (algún familiar en concreto, y casi siempre de forma individual, con el alto riesgo de claudicación que comporta).

Desde el **punto de vista económico**, la disminución o precariedad de los ingresos tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, desde la más sofisticada hasta la más básica como lo son comer y vestir.

Desde el **punto de vista antropológico**, el ser viejo en las sociedades modernas es sinónimo de sin-valor, decrepitud y pérdida. La sociedad reconoce y valora lo joven, lo estéticamente nuevo, lo último, la fuerza física, lo que parece no estar afectado por el tiempo.

Como se puede apreciar, a los factores de riesgo propios de los individuos se suman otros definidos por el entorno político, económico, social, familiar y cultural.

En resumen podemos decir que las personas mayores pueden ser vulnerables por dos grandes motivos o causas:

	Causada por:	Su raíz está:
Exclusión social	La desigualdad La desconexión o marginación La acción institucional puede ser causante de exclusión	Carencias en las esferas: Económica Laboral Educativa Relacional
Fragilidad física o mental	La discapacidad La dependencia	Carencias en las esferas: De la salud física De la salud mental De necesidad de ayuda

Las personas mayores

Las personas mayores de 65 años que viven en Madrid superan la cifra de 600.000. Si sumamos la población empadronada en las siguientes capitales de provincia: Lérida (124.709), Lugo (92.271), Palencia (81.439), Pontevedra (79.372), Toledo (75.533), Ávila (52.612), Cuenca (49.912) y Huesca (48.530), nos encontraríamos con una cifra semejante a la de los mayores de Madrid.

Del total de personas mayores de nuestra ciudad viven solos 132.683, es decir el 22%. La gran mayoría de ellos, perfectamente integrados en la sociedad, gozan de una buena calidad de vida y tiene los apoyos que precisan como cualquiera de nosotros, como cualquier otra persona de toda edad que se sienta a gusto como vive y en el lugar que vive.

Una minoría de las personas mayores, vivan solos o acompañados, pueden encontrarse frente a situaciones de vulnerabilidad. Y cuando viven solos estar frente al riesgo elevado de abandono y aislamiento social. En estos casos puede ser el propio mayor el que se margina, excluyéndose de la relaciones con su entorno y con pobres o nulas redes sociales, en una actitud, mantenida en el tiempo, de auto-negligencia y rechazo a las ayudas que se le ofrecen, poniéndose en riesgo él mismo.

Si se trata de personas mayores dependientes, tienen elevadas probabilidades de sufrir crisis físicas, mentales, financieras y familiares.

La suma, como hemos visto, de factores añadidos, o concatenados de diferentes circunstancias que dejan a la persona mayor, frente a los demás o frente a su entorno más íntimo, en situación de vulnerabilidad es el terreno abonado para que el riesgo se pueda traducir en malos tratos hacia su persona.

A pesar de ser reconocidos los malos tratos como un problema de primer orden, todavía queda mucho que hacer para que la negligencia o el maltrato a personas mayores alcance el grado de atención que precisa. Y lo mismo podemos decir de la auto-negligencia presente en los casos de aislamiento social.

Sin duda, vivir muchos años es un éxito de las sociedades modernas, consecuencia de los avances de la medicina especialmente. Pero este éxito debe venir acompañado de avances en las políticas públicas para atender las situaciones de aislamiento, abandono, malos tratos y otras circunstancias adversas en las que se encuentran algunos de nuestros mayores.

Tenemos que introducir cambios tanto en la forma de configurar la sociedad en la que vivimos, en nuestro entorno más cercano, en las redes de apoyo naturales, además de en las políticas públicas, si queremos prevenir con efectividad las situaciones descritas.

El ayuntamiento de Madrid y las personas mayores vulnerables

La política municipal de atención a las personas mayores tiene entre sus objetivos coordinar esfuerzos en materia de detección, prevención e intervención con los mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad por razones diversas. Especial preocupación nos embarga cuando se trata de situaciones como el maltrato o el aislamiento social.

Esta preocupación fue la que nos impulsó a diseñar y poner en marcha, a mediados del año 2004 el programa de **Detección e Intervención con Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social** y, en 2008, el de **Detección y Atención integral de casos de maltrato y trato negligente** a personas mayores en la ciudad de Madrid.

Ambos programas tienen como objetivo abordar los problemas descritos en el ámbito domiciliario y contemplan actividades de detección, valoración, intervención, seguimiento, coordinación, monitorización, sensibilización, educación, formación y evaluación.

Son objeto de esta atención las personas mayores de 65 años que viven en sus domicilios, que se encuentren en situación de especial vulnerabilidad por sospecha de malos tratos o de aislamiento social, detectadas por los trabajadores sociales municipales u otros profesionales del ámbito social o sanitario, como los servicios municipales de emergencias o el Samur Social.

Programa de detección e intervención con ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social

Contexto

Son muchos los mayores de 65 años que viven solos en la España de hoy. Se estima que un 19,5% de los españoles mayores de 65 años (cerca de un millón y medio de personas) vive en soledad. En la ciudad de Madrid 132.683 personas, según Padrón de Habitantes a fecha de 1 de enero de 2007, viven solas, es decir el 22%. La gran mayoría de ellos, insistimos, perfectamente integrados en la sociedad, gozan de una buena calidad de vida y tiene los apoyos que precisan.

Y sólo un pequeño grupo, suma factores de soledad, de fragilidad, dependencia funcional, situación socio-familiar deficitaria, presencia de problemas de salud, factores de riesgo social, alteraciones del comportamiento y rechazo sistemático a las ayudas sociales. Personas que desconfían patológicamente de cualquier profesional que pretende un acercamiento sin el que la relación de ayuda se hace inviable; que no acceden, en modo alguno, a la red normalizada de atención.

Fundamento

La observación de todas esas situaciones por parte de los Servicios Sociales distritales condujeron a la conclusión de que era necesario disponer de un sistema de detección, valoración e intervención específico al efecto.

Se decide que el abordaje de estos casos se lleve a cabo mediante la **intervención con trabajadores sociales y psicólogos**, profesionales específicamente entrenados en el

manejo de habilidades de comunicación y problemas de conducta, para intentar conducir esas situaciones hacia la normalización.

El **objetivo general** no es otro que evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en riesgo de aislamiento social o en abandono.

Así surge el Servicio de Apoyo Psicológico (SAP) a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid. Este servicio lo desarrollamos en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Realizar una **labor de enganche** (búsqueda activa) de las personas en aislamiento social, con el fin de que enganchen o se re-enganchen con la red socio-sanitaria.
2. Realizar una **evaluación lo más exhaustiva posible**, que incluya datos de valoración de la salud, funcionamiento psico-social, nivel de discapacidad y necesidades no cubiertas.
3. Realizar una labor de **intervención**, siempre en coordinación con los Servicios Sociales de los distritos, con el objetivo de la **normalización** de la situación de la persona o, en último extremo, el apoyo al proceso de ingreso no voluntario e incapacitación legal.
4. **Fortalecer la red social** de la persona mayor en aislamiento, para que apoye el proceso de contacto / enganche, evaluación e intervención.
5. **Desestigmatizar a la persona en aislamiento**, tanto en su vecindario como en su contexto familiar:

Resultados

La población atendida cumple los siguientes criterios:

- Mayor de 65 años
- Vive solo/a
- Necesita ayudas debido a:
 - Problemas de salud física y funcionamiento que generan dependencia (hipo-acusia, visión, movilidad y salud en general).

4. Experiencias globales

- Problemas de salud mental (depresión, deterioro cognitivo, trastorno mental crónico de larga duración).
- Escasa red de apoyo social. No tiene a nadie a quien acudir para pedir ayuda.
- Rechaza todas las ayudas que se le ofrecen para cubrir sus necesidades.
- Esta situación supone un riesgo para sí mismo y/o para los demás.
- Desde los Servicios Sociales se han agotado todas las vías de intervención.

Metodología

Dadas las características de las personas mayores en aislamiento social en Madrid, y las dificultades para el contacto y la reinserción dentro del sistema sociosanitario normalizado, se sigue una **estrategia general de búsqueda activa**.

Los profesionales (trabajadores sociales y psicólogos) y los voluntarios que intervienen actúan desde dentro de la propia comunidad donde vive la persona afectada, consiguiendo así contacto con la gente en su propio ambiente, cualquiera que éste sea (en su casa, en una cafetería, en la calle...). Es desde este punto de vista desde el que se dice que la estrategia de búsqueda activa rompe barreras.

Evaluación

Para la evaluación de estos casos, se tienen en cuenta las siguientes fuentes de información:

- Observación directa con entrevista del Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid.
- Agentes facilitadores informales: familiares, porteros, comerciantes de la zona, vecinos...
- Agentes facilitadores formales: trabajador social de zona de los Servicios Sociales del distrito, personal del centro de salud primaria o especialidades, personal de los centros de mayores o centros de día...
- Evaluación psicológica mediante aplicación de cuestionarios específicos.

Tras esta evaluación, el Servicio de Apoyo Psicológico diseña un plan de actuación en coordinación con el trabajador social de zona del distrito. Se dan **tres perfiles** de actuación:

1. **Casos susceptibles de normalización.** Aquellos cuyo objetivo es detener la situación de aislamiento de la persona mediante la aceptación de recursos formales (los propios de la red sociosanitaria) e informales (apoyo de familiares, vecinos...)
2. **Casos susceptibles de contención y mantenimiento.** En ellos se establecen contactos frecuentes con el propio usuario y su red de apoyo formal e informal con el objetivo de detectar, lo más rápidamente posible, cualquier cambio en su situación que derive en una intervención, bien hacia la normalización, bien hacia la custodia.
3. **Casos susceptibles de custodia.** Son aquellos cuyo deterioro los convierte en irrecuperables. Se les denomina, igualmente, de custodia. Estos casos terminan, a través de los Servicios Sociales, en manos de la Fiscalía y los Juzgados.

Conclusiones

Como conclusión, en el primer año y medio, se han atendido 143 casos.

- 33 casos de asesoramiento exclusivamente.
- 110 casos para intervención. De ellos;
 - 32 cerrados en la primera fase, **de actualización** (por fallecimiento, normalización, ingresos involuntarios en residencia,...)
 - 46 casos cerrados **tras intervención** (por normalización en el 50% de los casos y por ingresos involuntarios en residencia en el otro 50%).
 - 32 continúan en activo.

En definitiva, este Servicio muestra a las claras la **utilidad de las estrategias de búsqueda activa** en este tipo de población **y la eficacia del abordaje multidisciplinar**.

El Servicio se ha mostrado útil para dar salida a situaciones de aislamiento social, a través del enganche con el Servicio de Apoyo Psicológico y los servicios socio-sanitarios; del apoyo de la red social y familiar; y del apoyo al servicio de ingresos no voluntarios en residencia.

En suma, se trata de un programa que pretende y consigue que la población en aislamiento social y con necesidades sociosanitarias, acceda a los recursos formales o informales. Cuando fracasa en su intento de normalización, contribuye a la custodia del presunto incapaz.

Conscientes de la contribución esencial de los profesionales y de los ciudadanos en el desarrollo de este Programa, hemos impulsado la **formación y divulgación**. Hemos reali-

zado una Jornada técnica y hemos editado un libro en formato electrónico “Documento técnico: Aislamiento de las personas mayores en el municipio de Madrid, aspectos preventivos y asistenciales”

De igual modo editamos en el 2007 un libro “Los mayores y sus vecinos”, dirigido a la población general, que se ocupa de estas problemáticas.

Programa municipal sobre el maltrato al mayor

El otro aspecto básico de la vulnerabilidad es el maltrato.

Hemos tenido ocasión de hablar aquí, en los dos días que llevamos de trabajo intenso, sobre diferentes aspectos del maltrato. Y a estas alturas sabemos que el maltrato a la persona mayor en el domicilio o en las instituciones en que se encuentran confinados es uno de los problemas que va tomando cada vez más protagonismo en la sociedad actual.

Causas y formas que adoptan los malos tratos

Los expertos vaticinan un gran **incremento de situaciones** de malos tratos dirigidos a las personas mayores, motivado esencialmente por el envejecimiento progresivo de la población con todo lo que puede conllevar de situaciones de **dependencia**, tanto funcional como psicológica.

Otro factor a considerar es el cambio tan relevante que está incidiendo en las **familias**, no solo en la forma sino también en su estructura y funciones.

No olvidemos, en fin, los **cambios sociales y culturales** que incrementan la discriminación entre personas por razón de su edad (edadismo) y la baja tolerancia a la frustración con que vive una parte importante de la sociedad actual. Estos cambios pueden generar un problema social y de salud muy importante que es, la violencia y los malos tratos a las personas mayores.

Y como consecuencia de este problema la aparición de nuevas demandas socio-sanitarias que se deben afrontar desde el ámbito doméstico o desde el ámbito institucional. Ya lo hemos visto en el caso de la violencia de género y parece que las cosas irán por camino parecido en el caso de las personas mayores.

La población con mayor riesgo de padecer maltrato son los mayores con **déficit cognitivo** (el 80% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer viven en sus casas atendidos por sus familiares), los mayores **dependientes** y los **muy mayores**. Muchos de ellos se encuentran a cargo de un cuidador único desde hace tiempo o de personal poco capacitado.

Empujones, zarandeos, cachetes, quemaduras... son sólo algunos de los abusos “visibles” que sufren a diario cientos de adultos mayores. Pero éstos no son los únicos actos de violencia a los que están expuestos. Además del maltrato físico está el abandono, la negligencia, la agresión psicológica, el abuso patrimonial (apropiación fraudulenta de sus bienes), el maltrato estructural o societario e incluso el abuso sexual.

Prevalencia de los malos tratos

La **prevalencia** de los malos tratos a mayores, según los datos proporcionados por la INPEA (red internacional para la prevención del maltrato a los mayores), sitúan el porcentaje en un 5% de casos de violencia doméstica y un 10% de violencia institucional. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (Violencia y salud, 2002) los ancianos maltratados representan un 6% del total de la población.

Si estos datos los traducimos a nuestra realidad, en España estaríamos hablando de 450.000 personas mayores maltratadas. Y en la ciudad de Madrid el dato resultante, de 36.000. Los datos que se han publicado sobre maltrato en el ámbito familiar oscilan entre el 4,7% y el 12%, pudiendo establecerse una media de prevalencia en torno al 6%, coincidiendo con los datos de la OMS.

Esta variabilidad de datos, entre el 4,7 y el 12 nos da idea de la dificultad de conocer un fenómeno que, como sabemos, es un gran desconocido aunque lo intuyamos. Y es desconocido por múltiples razones entre las que se encuentran la propia indefinición conceptual: qué entra y qué no entra en el fenómeno que queremos estudiar; el diseño metodológico: cómo alcanzar a descubrir las múltiples y ocultas formas que adquiere el maltrato; y, por qué no decirlo, a mi juicio, el desinterés social.

La negligencia es el tipo de maltrato más habitual (un 55%) seguido de la violencia física (un 15%) y la explotación económica (un 12%).

Abordaje de estas situaciones

Entre los **factores que pueden influir positivamente en el abordaje de este problema destacan la concienciación y sensibilización de los profesionales** que trabajan con personas mayores. Estos factores pueden ayudar a identificar tanto a las **personas mayores en riesgo de maltrato** como a aquellas que **ya están siendo maltratadas** o están sufriendo algún tipo de negligencia. De ahí la importancia que tienen los servicios sociales y la capacitación de sus profesionales para saber detectar y abordar los casos en su ámbito de actuación (familia/domicilio/barrio/ distrito).

Conscientes del problema, nos hemos propuesto llevar a cabo un plan de sensibilización, prevención, detección, e intervención de las situaciones de maltrato a personas mayores del municipio de Madrid y lo queremos hacer con un enfoque integral.

Programa municipal sobre los malos tratos a las personas mayores

El objetivo general

Es abordar el maltrato a mayores de la ciudad de Madrid en el ámbito domiciliario, haciendo especial énfasis en el maltrato tanto físico, como psíquico, como la negligencia. Actuando sobre situaciones de riesgo (prevención primaria), sobre situaciones confirmadas de malos tratos (prevención secundaria) y sobre las consecuencias de los malos tratos (prevención terciaria).

Objetivos específicos

1. **Formar a los profesionales** en estrategias de detección e intervención del maltrato.
2. **Sensibilizar a la población** general sobre la problemática del maltrato en los mayores.
3. **Formar a los cuidadores** informales y apoyarles.
4. **Actuar sobre factores de riesgo** de maltrato.
5. **Detectar y valorar casos de maltrato** entre los mayores que viven en la comunidad.
6. **Atender a la persona mayor** maltratada.

Población diana

- **Mayores de 65 años** del municipio de Madrid, detectada por los servicios sociales, con factores de riesgo de maltrato físico, psíquico y/o negligencia que vivan en el domicilio.
- **Personas cercanas al mayor** que tengan una relación de confianza con él (cuidadores), con factores de riesgo que puedan desembocar en un posible maltrato.

Metodología

- **Formación y capacitación de los profesionales:**

Se contempla la realización de acciones formativas dirigidas a profesionales de servicios sociales para abordar el tema del maltrato a mayores e informarles del programa. Asimismo se contempla la elaboración de publicaciones técnicas que sirvan de guía de detección y actuación a los profesionales a la hora de enfrentarse a posibles casos de maltrato.

- **Educación, promoción y sensibilización pública:**

Se contempla la difusión, mediante campañas, para llamar la atención sobre este problema, de folletos divulgativos dirigidos a la población general. Asimismo se tendrá en cuenta el tema a la hora de elaborar los programas educativos de nuestros Centros de Mayores y Centros de Día. También se contempla la difusión a través del servicio de orientación telefónica.

- **Formación y apoyo a los cuidadores informales:**

Realización de programas psicoterapéuticos y educativos, así como la inclusión de asesoramiento sobre recursos sociales de apoyo.

- **Actuación sobre factores de riesgo:**

Detección de los factores de riesgo precozmente para intervenir sobre ellos antes de producirse el maltrato, facilitando el acceso a recursos públicos que minimicen el riesgo. (SAD, Respiro Familiar, CD, Programas terapéuticos a cuidadores...)

Realizando una observación directa y screening con escalas validadas [Easi], en aquellos casos susceptibles de padecer algún tipo de maltrato que se detecten desde los Servicios Sociales.

- **Intervención individualizada:**

Confirmada la sospecha de malos tratos, se hace necesario llevar a cabo una intervención profesional que los evite, así como que repare los daños que se pudieran haber causado. El abordaje ha de ser interdisciplinar.

Recursos

Para desarrollar el programa se cuenta con:

- Red de los Servicios Sociales Municipales de atención primaria.
- Red de los Servicios para Mayores del Ayuntamiento de Madrid.
- Estructura y profesionales de la Dirección General de Mayores.
- Equipos específicos de valoración integral, supervisión y seguimiento.
- Recursos sociales comunitarios e institucionales.
- Central de llamadas.

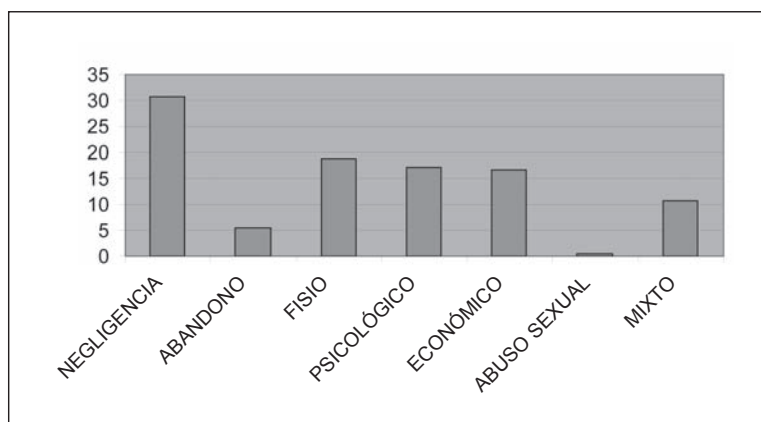
Datos estimativos para la ciudad de Madrid

Se ha pedido información a los servicios sociales de atención primaria sobre el número y tipología de casos de maltrato que han trabajado a lo largo de este año. De los 21 distritos tenemos datos de 10 con un total de **102** casos, **84** clasificados por tipos.

Si hacemos una estimación, en relación a la población mayor de 65 años por cada distrito que nos ha respondido, con el número de casos detectados, encontramos que el número de casos ronda los 200 en todo Madrid, o lo que es lo mismo, se estima una **tasa de 0,35 por mil**.

En cuanto a la **tipología del maltrato** hallada por nosotros es la siguiente:

TIPOLOGÍA MALTRATO (Porcentaje)



Como puede apreciarse en la gráfica, el tipo más frecuente de maltrato en el ámbito doméstico, que se detecta por los servicios sociales y sus recursos, es la negligencia en un 30%.

Conclusiones

- A nuestro entender la primera conclusión es que se necesita un trabajo interdisciplinar para atender el maltrato en el ámbito doméstico.
- La segunda, que debemos prestar atención a todos los protagonistas implicados: el mayor, su familia, la comunidad y los profesionales.
- La tercera es que la prevención constituye la herramienta más adecuada (educación al mayor y a la familia; sensibilización a la comunidad; capacitación de los profesionales; apoyo a la familia cuidadora;...) para minimizar los riesgos de malos tratos.
- La cuarta y última es que debemos ser extremadamente cuidadosos a la hora de calificar o diagnosticar malos tratos, siendo observadores meticulosos, profesionales preparados y agentes de salud y de bienestar social sensatos.

4.2. Malos tratos a mayores: una realidad escondida

D. Josep Viñas Xifra

*Director Servicios Territoriales de Acción Social y Ciudadanía de Girona
Generalitat de Catalunya*

Introducción

Definir los malos tratos es una tarea complicada, puesto que la valoración de un comportamiento como abusivo o negligente depende, fundamentalmente, de lo que se considere aceptable o no, dentro de cada cultura, tradición y costumbres. No obstante, las definiciones más remarcables son la de la Declaración de Almería y la de la Declaración de Toronto:

“Cualquier acto u omisión que genere un daño intencionado o no; que se produzca en el medio familiar, comunitario o institucional; que vulnere o haga peligrar la integridad física o psíquica, el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, y que se pueda constatar de manera objetiva o percibir de manera subjetiva independientemente de la intencionalidad o no del entorno en que se produzca” (Almería, 1995).

“Acción única o repetida, o la falta de una respuesta adecuada, que se produce en cualquier relación en la que haya una expectativa de confianza, y que provoca daños o angustia en una persona mayor” (Toronto, 2002).

El maltrato a las personas mayores se ha convertido en una realidad que cada vez se hace más evidente y que requiere una atención específica. La lucha contra los malos tratos es una cuestión en la que debe implicarse toda la sociedad.

El Departamento de Acción Social y Ciudadanía (DASC) de la Generalitat de Catalunya ha colaborado en la elaboración de la guía “Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores”, a través de la Obra Social de Caixa Catalunya. Una guía que pretende ser un instrumento para detectar y afrontar las situaciones de malos tratos y formar a los profesionales que atienden a nuestros mayores.

Además, la demarcación de Girona cuenta con un protocolo de actuación contra los malos tratos a los mayores, que fue presentado públicamente en septiembre de 2007.

En la sesión plenaria de la Comisión de seguimiento del Protocolo de actuación en los casos de Violencia Doméstica y de Género en las comarcas de Girona, celebrada en junio de 2006, se acordó encargar a la directora de los Servicios Territoriales de Acción Social y Ciudadanía la redacción del Protocolo contra los malos tratos a mayores en Girona.

A raíz del encargo, se procedió a constituir una comisión redactora formada por profesionales procedentes de diferentes ámbitos de actuación relacionados con las personas mayores y se iniciaron los trabajos a partir del protocolo elaborado por el Colegio de Médicos de Girona. La comisión redactora contaba con representantes tanto de los servicios sociales de atención primaria como de la Judicatura, de los Departamentos de Salud y Acción Social y de distintas entidades tutelares.

Como en los otros protocolos, ya existentes en la demarcación, la prevención y la detección precoz, a partir de la definición de los perfiles de riesgo, son los objetivos principales. Para ello, es necesaria la implicación y coordinación de los diferentes organismos y agentes vinculados a la atención a las personas víctimas de la violencia.

El Protocolo de actuación contra los malos tratos a los mayores en las comarcas de Girona se centra en varios ejes de trabajo. Por un lado, pretende concienciar de la problemática y establecer los diferentes tipos de maltratos para una mayor detección. Y por otro, determina los circuitos de respuesta frente a la sospecha o evidencia de posibles malos tratos, incluyendo una gran variedad de recomendaciones y propuestas.

La guía "Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores", editada en 2007, es una iniciativa que pretende difundir acciones de prevención y sensibilización para promover un envejecimiento autónomo y satisfactorio. La guía está concebida como un instrumento útil y práctico, que ofrece toda la información necesaria para conocer estrategias de intervención de carácter preventivo y de protección.

Causas y formas

Diferentes causas hacen que un proyecto como este sea necesario. El aumento demográfico de la gente mayor en la segunda mitad del siglo XX y las previsiones sobre el envejecimiento progresivo de la población, sumados a los cambios que han experimentado la estructura y la función de la familia, que tradicionalmente era la encargada de cuidar a las personas mayores, han dejado un vacío a la hora de decidir quién tiene la obligación de atenderles, cómo se tiene que hacer y qué medios son los más adecuados para llevarlo a cabo.

Las causas, por las cuales la vejez es vista como una etapa de marginación y vulnerabilidad, en la que se pueden producir malos tratos, se deben a que, en ocasiones, esta etapa de la vida se considera improductiva, desprovista de valor y que supone una carga tanto para la familia como para la sociedad. Los mitos y los estereotipos difundidos sobre la vejez provocan la aparición de actitudes negativas y favorecen la infravaloración tanto por parte de la sociedad como de la gente mayor. De esta manera, los mayores acaban desarrollando un sentimiento de inutilidad que afecta a su salud física y mental. Por esta razón, es necesario modificar la visión que se tiene de los mayores, puesto que también son personas de pleno derecho.

Las personas mayores pueden ser víctimas de diferentes tipos de malos tratos, que implican, en todo caso, una vulneración de los derechos. Una posible clasificación sería la siguiente:

- a) **Abuso físico:** Es un abuso que se puede detectar fácilmente por las marcas que deja, es decir, hematomas o contusiones provocadas por los golpes, o, incluso, quemaduras o fracturas de huesos. También pertenecen a esta categoría la alimentación forzada, el uso inadecuado de fármacos sin control médico o cualquier otro tipo de castigo físico.
- b) **Abuso psicológico:** El abuso psicológico se produce cuando existen agresiones verbales, gritos, insultos, intimidaciones o amenazas. También se consideran abuso psicológico las acciones denigrantes que hieran o atenten contra la autoestima y la dignidad de las personas.
- c) **Abuso sexual:** Cualquier acto sexual no consentido, la violación, el acoso y los atentados contra el pudor. También es abuso cualquier contacto sexual con una persona mayor que no sea capaz de dar su consentimiento de manera explícita.
- d) **Abuso económico:** El uso ilegal o indebido de propiedades o finanzas que pertenecen a una persona mayor; negar el derecho al acceso y el control de los fondos personales; los fraudes, robos o hurtos cometidos por una persona de confianza; la modificación forzada, engañosa o bajo coerción del testamento o otros documentos jurídicos. Incluso se puede considerar abuso económico el hecho de que surja un interés repentino por cuidarlos, en el caso de personas mayores que disponen de una gran cantidad de dinero.
- e) **Negligencia:** No atender las necesidades básicas de una persona mayor. La negligencia puede ser no intencionada o intencionada, según la conciencia que tenga la persona que la ejerce. También puede ser activa o pasiva. Esta última se produce por omisión, es decir, cuando se deja de actuar o hacer lo que se debería.
- f) **Auto negligencia:** Cuando el comportamiento de una persona mayor amenaza su vida, salud o bienestar, como por ejemplo cuando rechaza una vivienda, comer, lavarse o vestirse.

Las personas auto negligentes se reconocen por el hecho que han perdido la capacidad de garantizar su bienestar. No obstante, existen muchas personas que llevan un tipo de vida que puede parecer negligente a los demás, pero si se trata de una decisión voluntaria y consciente no puede considerarse auto negligencia.

- g) **Abandono:** Se da cuando una persona que realmente depende de otros es dejada en una institución, un lugar público o en su domicilio sin supervisión ni apoyo.

- h) **Síndrome de la abuela esclava:** Es una enfermedad grave que afecta a mujeres mayores con exceso de responsabilidades directas de ama de casa, cuidadora y educadora, funciones, que hasta ahora, había asumido de manera voluntaria y de buen agrado.
- i) **Síndrome de Diógenes:** Es una conducta de marginación y aislamiento comunicacional, que implica una ruptura de las relaciones sociales. En estos casos, normalmente, también existe una negligencia de las necesidades básicas de higiene, alimentación y salud. Son personas que se recluyen en su domicilio y rechazan cualquier tipo de ayuda, porque niegan encontrarse en una situación patológica. Habitualmente, sufren esta enfermedad las personas solitarias.

Factores de riesgo

Por otro lado, es muy importante conocer cuáles son los factores de riesgo en cada situación. Sólo de esta manera, podremos actuar y evitar que se produzcan situaciones de malos tratos, además de diseñar acciones de prevención.

Cuando hablamos de los factores de riesgo, nos referimos a determinadas situaciones o características personales que pueden favorecer la aparición de maltratos. Se distinguen tres grandes grupos:

En primer lugar, tenemos los factores de riesgo relacionados con el mayor. Son tales como la vulnerabilidad de las personas de edad avanzada, debido sobretodo a su fragilidad física, intelectual o psicológica; las condiciones económicas del mayor; es decir, si es una persona con ahorros o no y el aislamiento social. Tener pocas relaciones aumenta las posibilidades de convertirse en víctima de malos tratos.

En segundo lugar, existen los denominados factores de riesgo relacionados con la persona maltratadora. Algunos de ellos son la poca información del cuidador, las dificultades familiares, tanto en el ámbito económico como en el social, cuidar de una persona mayor dependiente durante largos períodos de tiempo o que algún miembro de la familia sufra un trastorno mental, toxicomanía o drogadicción.

Y en tercer lugar, se situarían los relacionados con el entorno social. Estos factores de riesgo pueden ser, por ejemplo, las concepciones erróneas sobre el envejecimiento, que favorece una visión deshumanizada de los mayores, o los actos y actitudes discriminatorias.

Víctimas y causantes

En realidad, no se dispone de datos suficientes para elaborar un único perfil de víctima y se han configurado diferentes perfiles, en función de la interacción de las características

de la víctima, el autor del maltrato y el tipo de abuso. Por ejemplo, se ha detectado que el maltrato físico se da, mayoritariamente, en personas de buena salud física, pero que sufren algún deterioro cognitivo o personas con demencia, cuidadas por sus familiares. Por otro lado, también se ha observado que, estadísticamente, las personas de edad muy avanzada, sobre todo si tienen deficiencias físicas y cognitivas, pueden ser víctimas de negligencia, puesto que cuidar de ellas genera mucho estrés.

En el entorno familiar, existen diferentes motivos que pueden provocar los malos tratos a los mayores. La mayoría de víctimas son maltratadas por un miembro de su propia familia (cónyuge o hijos), o bien, por una persona de confianza.

Habitualmente, los causantes de los maltratos físicos y psicológicos tienen una enfermedad mental y/o drogodependencia, cohabitan con la víctima y dependen de ella económicamente. En general, los autores de abusos físicos a personas mayores con demencia o conductas delirantes suelen ser cuidadores con una baja autoestima, desbordados por la situación, y que sufren periódicamente depresiones.

También es frecuente el caso de las parejas de edad avanzada en la que uno de los miembros debe hacerse cargo y responsabilizarse del otro a causa de una enfermedad, sin tener ningún tipo de preparación ni capacidad para hacerlo.

Otras figuras que podrían influir en el entorno de las personas mayores maltratadas son aquellas que, por su cargo o por su responsabilidad, conocen, intuyen o detectan acciones irregulares, consideradas abusivas o negligentes, hacia una persona mayor; pero no encauzan las acciones correctoras adecuadas. De entre estas figuras, pueden destacarse las entidades financieras, los notarios, los comerciantes e, incluso, los vecinos o los amigos, que pueden haber sido testigos de malos tratos y no dan a conocer la horrible situación.

El silencio: una barrera que debe vencerse

Para poder detectar los malos tratos a los mayores, hay una barrera que debe vencerse: el silencio. Tenemos que entender los temores y los miedos de las víctimas que los hacen silenciar ante tal situación. En muchas ocasiones, tienen miedo de ser la causa de un escándalo u origen de un conflicto familiar. En otras, temen a las represalias, es decir, a ser abandonados o ingresados en una residencia o, incluso, tienen miedo de perder las relaciones con sus familiares más queridos.

Sin embargo, algunas de las víctimas de malos tratos no se dan cuenta de la gravedad de la situación. O bien no son conscientes, o bien excusan o justifican los comportamientos abusivos hacia ellos.

Otro motivo que puede provocar el silencio de los mayores maltratados es que ignoran las posibilidades de ayuda y piensan que podrán resolver el problema solos. En definitiva,

se sienten culpables e impotentes por su situación de dependencia y acaban creyéndose que “tienen lo que se merecen”.

Por otro lado, debemos comprender las actitudes del entorno, es decir, la previsible reacción del medio en términos de resistencia a la hora de reconocer la existencia de malos tratos. En muchos casos, el entorno de la víctima minimiza el incidente que ha originado la queja o denuncia o lo mantienen en secreto en un círculo reducido. Otras veces, incluso, niegan el problema y no reconocen que existan malos tratos hacia el mayor.

Por ello, la víctima tiene la sensación que nadie la va a creer y se percibe como una persona con capacidad limitada para comunicar con claridad los detalles de su situación. Muchas veces, ni siquiera encuentra una persona en la que pueda confiar.

Las personas mayores, generalmente, no suelen denunciar los malos tratos porque no saben ni dónde ir, ni qué deben hacer, ni qué van a sacar con denunciar su situación. Para hacer frente a esta realidad, es imprescindible ofrecerles información y ayuda. Un gran número de víctimas no se reconocen como tal, debido a la falta de información.

Detectar un abuso físico es relativamente fácil, ya que las consecuencias suelen ser perceptibles a simple vista. Sin embargo, cuando nos encontramos ante un caso de malos tratos psicológicos, las víctimas pueden sufrir secuelas mucho más difíciles de apreciar, pero igualmente graves.

Se estima que la violencia y los malos tratos a los mayores, tanto en el ámbito familiar como en el institucional, causan una morbilidad y una mortalidad elevadas.

A consecuencia de los malos tratos, las víctimas padecerán trastornos psicológicos, tales como ansiedad, angustia, irritabilidad, disminución de la memoria, depresión, aislamiento social o falta de autoestima. Estos trastornos, además, suelen producir disfunciones físicas en diferentes zonas del organismo, afectar al descanso y provocarle mareos, dolores de cabeza y/o trastornos de alimentación o, incluso, pueden llevar a la víctima a intentos autodestructivos, al suicidio.

Protección y prevención

Para prevenir los posibles malos tratos, los mayores disponen de diferentes mecanismos legales. Algunos de ellos, como el testamento vital, el poder preventivo o la autotutela, permiten al mayor decidir sobre su protección personal en el futuro.

El testamento vital, también denominado documento de voluntades anticipadas, da instrucciones de actuación a los médicos en el caso que, por las circunstancias que sean, más adelante el autor del testamento no pueda expresar su voluntad.

El poder preventivo es otro documento de protección, en el cual se deja constancia por escrito de la manera de gestionar los bienes de la persona, en caso que alguna enfermedad le impida tomar decisiones sobre ellos.

La autotutela ofrece la posibilidad de poder decidir quien debe cuidar, y quien no, al mayor en caso de que sea necesario. Éste escoge un tutor a priori, a través de un documento firmado ante notario.

Además de estos documentos, también existen otros recursos útiles para distribuir el patrimonio y no depender económicamente de su entorno, lo cual contribuye a evitar posibles situaciones de malos tratos. Nos referimos, por ejemplo, a la hipoteca inversa y al contrato vitalicio.

La hipoteca inversa funciona al revés que una hipoteca normal: el propietario del inmueble recibe, cada mes hasta su defunción, dinero en concepto de préstamo. La casa se convierte en la garantía de éste y el propietario puede continuar viviendo en ella.

Por otro lado, con el contrato vitalicio, el mayor puede vender su casa a través de un contrato de compraventa, pero se le permite continuar viviendo en ella hasta el día de su muerte. La persona recibe una cantidad inicial y, posteriormente, una cantidad cada mes. Cuando muere el anciano, la casa pasa a ser propiedad de la persona que había firmado el contrato vitalicio con él.

Las personas mayores que se encuentren en una situación de indefensión disponen, además, de otros recursos legales, como el servicio de acogida, las situaciones convivenciales de ayuda mutua, la incapacitación o la tutela.

Cuando una persona pierde la capacidad de decisión, debemos ofrecerle una protección especial. Es, por esta razón, que se lleva a cabo la incapacitación, determinada, en todo caso, por un juez. Normalmente, lo que provoca la incapacidad no es la edad, sino algún tipo de demencia.

La tutela se da cuando un juez designa una persona como tutor para que “sustituya” legalmente al mayor declarado incapaz y defienda sus derechos. Esta persona será la encargada de defender el bienestar psíquico, moral o espiritual de la persona incapaz, intentando tener en cuenta sus preferencias, deseos e ilusiones.

Medidas y recursos

En el caso que se produzca un maltrato, existe un régimen sancionador que castiga, a través del Código Penal, el delito de malos tratos, el abandono, la inducción a abandonar el domicilio, los delitos de estafa y apropiación indebida y el incumplimiento de los deberes de los tutores, entre muchos otros. En definitiva, los casos de malos tratos en los que

4. Experiencias globales

se produce un delito previsto en el Código Penal pueden ser denunciados y se trataran por la vía penal.

Las políticas sociales diseñadas para atender situaciones de violencia doméstica y malos tratos a los mayores aún no prevén la implementación de servicios y equipamientos especializados para este colectivo. Actualmente, a la hora de intervenir en los casos de malos tratos a los mayores se utiliza la red de servicio sociales y de salud destinadas a las personas mayores en general.

En el nivel de atención primaria de la red de servicios sociales encontramos asistencias tales como la atención domiciliaria, las prestaciones económicas o incluso programas específicos (vacaciones sociales, termalismo, acogida familiar, etc.). El nivel de atención especializada ofrece una gran cantidad de centros de día, residencias asistenciales o temporales, apartamentos tutelados y pisos compartidos. En el ámbito de la atención socio-sanitaria, los mayores pueden contar con una amplia red de hospitales psicogerítricos, hospitales de día, unidades de convalecencia o de cuidados paliativos.

El uso de los recursos sociales es una garantía de protección personal. Por ello, es muy importante que los mayores y sus familias conozcan y hagan uso de todas las posibilidades que los diferentes servicios les ofrecen.

4.3. Procedimiento de personas dependientes en situación de riesgo o malos tratos en Jerez de la Frontera

Juan Jorge Racero

*Jefe Dto. de Atención a la Dependencia y Discapacidad
Ayuntamiento Jerez de la Frontera*

Agradecer al Ayuntamiento de Madrid la invitación realizada al Ayuntamiento de Jerez para compartir nuestra experiencia en el abordaje de situaciones de riesgo social o malos tratos a personas en situación de dependencia en estas V Jornadas Técnicas. Este proyecto lleva desarrollándose en nuestra ciudad aproximadamente desde hace 10 años y es importante reconocer el trabajo realizado por todos los Técnicos Municipales y las empresa prestadoras del servicio de Ayuda a Domicilio, en la implantación del mismo, pero muy especialmente a Rocio Romero Matute y Antonio Casas Benítez.

**“Trabajamos con personas mayores,
porque son dependientes y
no porque sean mayores”**

Aunque es evidente que las personas de edad avanza, entre otros sectores de población, son más vulnerables que el resto, desde el programa de atención a la dependencia, entendemos que la vulnerabilidad de estas persona viene marcada principalmente por su situación de dependencia, del mismo modo no solamente atendemos a personas mayores si no que trabajamos con todas aquellas personas que se encuentran en una situación de dependencia. Podríamos decir que nuestra intervención viene marcada por la situación de dependencia de la persona, no por su edad.

Introducción

Jerez tiene una población de 200.000 habitantes, siendo la quinta ciudad de Andalucía. Desde hace varios años, dentro del Programa de Atención a la Dependencia, cuenta con un Proyecto específico de intervención con personas dependientes en situación de riesgo o vulnerabilidad frente a los malos tratos y / o la exclusión social.

4. Experiencias globales

El abordaje de estos casos comienza con los/las profesionales que trabajaban dentro del programa del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Ellos/as empiezan a detectar situaciones de trato familiar inadecuado hacia personas usuarias del mismo, que requerían de una intervención específica más allá de los contenidos establecidos en la propia prestación.

Asimismo, se constata por vías externas, especialmente a través de denuncias vecinales, la existencia de otras situaciones de desprotección o exclusión graves que afectaban a personas mayores o personas con cierta discapacidad que vivían solas o en aislamiento del entorno, y que escapaban a nuestra oferta de recursos por rechazo de los mismos.

El nivel de implantación de nuestros servicios en esta etapa nos hacía calibrar que estas situaciones irían en aumento conforme se incrementaran las situaciones de dependencia asociadas al envejecimiento.

Por ello y frente a esta realidad, se decidió dotar a nuestros servicios y profesionales de directrices y estrategias para abordar estos casos de personas mayores y/o dependientes en situación de riesgo social, bien frente a los malos tratos en el entorno familiar o comunitario, bien frente a formas más amplias de exclusión.

Es en el año 2001 cuando se crea el Departamento de Atención a la Dependencia y Discapacidad, con dos grandes programas:

- Programa de promoción de la autonomía personal.
- Programa de atención a la dependencia.

Es dentro de último programa donde se desarrolla un proyecto piloto de intervención específica con personas dependientes en situación de riesgo.

La creación de este departamento fue posible gracias a la reestructuración organizativa del Área de Servicios Sociales. Esta reestructuración se basó en la organización de los programas y recursos humanos en función de intervenciones específicas con sectores y colectivos.

Por lo tanto en aquellos momentos, este programa contaba con un equipo interdisciplinar específico formado por 7 profesionales:

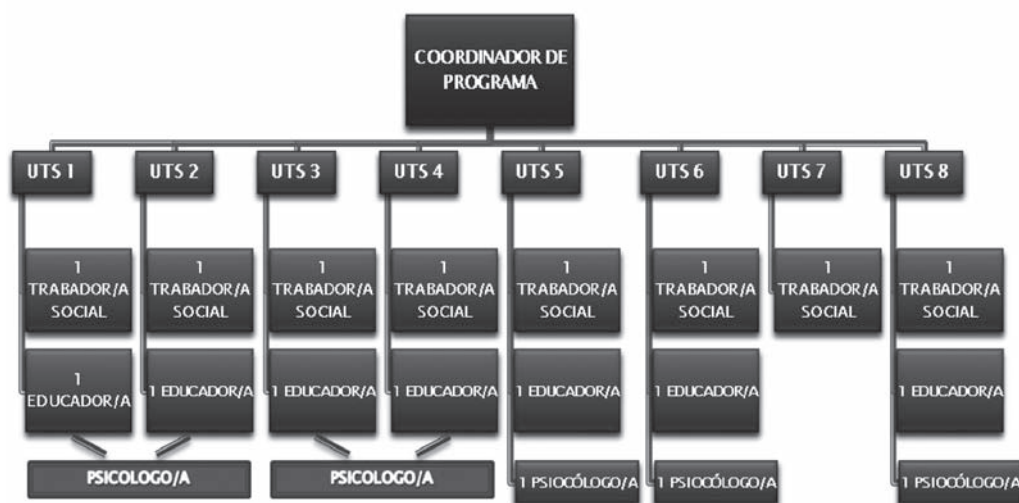
- 1 coordinador
- 3 trabajadoras sociales
- 1 educadora social

- 1 psicóloga
- 1 asesora jurídica

Durante este periodo, el contar con un equipo específico, el impulso desde el área de su formación específica, unido a toda la experiencia del trabajo con personas mayores y personas con discapacidad realizado desde el Servicio de Ayuda a Domicilio, facilitó el abordaje de manera sistemática y metodológica, de los diferentes casos.

Posteriormente en el año 2006 nos sumergimos en un proceso de reflexión y revisión organizativa de nuestra área, ya que aunque era destacable la calidad en cuanto a la intensidad del abordaje de los casos, la formación y la especialización profesional, abandonamos la visión comunitaria y la transversalidad de la intervención, la proximidad territorial, unido a la generación de efectos negativos dentro de la propia institución (solapamientos, conflictos sobre los límites entre programas y profesionales..)

En la actualidad no existe un equipo interdisciplinar específico, si no que la intervención de estos casos se realiza desde los equipos de intervención en zona, de cada UTS. Estos equipos están formados por 1 Trabajador/a Social, 1 Psicólogo/a, 1 educador/a y supervisados por la figura del Coordinador/supervisor:



Asimismo, como parte del proceso de mejora del Proyecto nos hemos incorporado, a propuesta del IMSERSO, a la Red “Envejecimiento, personas mayores y vulnerabilidad” que persigue promover la reflexión sobre el proceso de inclusión-exclusión social y las

personas mayores, así como el desarrollo y la mejora de proyectos que abordan la vulnerabilidad.

Finalidad y objetivos

Nuestra actuación está encaminada a la eliminación, contención o compensación de las circunstancias que generan la situación de riesgo o vulnerabilidad, garantizando en última instancia las condiciones más favorables posibles para proteger o restablecer la dignidad de la persona.

En definitiva, **proteger a las personas en situación de especial dependencia o fragilidad** de todo acto u omisión que vulnere la integridad física, psíquica, sexual y económica.

Los objetivos específicos perseguidos son:

- Prevención comunitaria y detección precoz de situaciones de riesgo social o vulnerabilidad en personas mayores y/o dependientes.
- Diagnóstico e intervención profesional en situaciones de malos tratos en el entorno familiar u otras formas de exclusión social.
- Procurar recursos de atención a situaciones de dependencia acordes a las necesidades y problemáticas detectadas.
- Validar y generar procedimientos de buenas prácticas para la prevención detección y actuación coordinada en situaciones de malos tratos a personas dependientes en el ámbito familiar y otras situaciones de riesgo.

Destinatarios

Los destinatarios de nuestro programa son todas aquellas personas en situación de dependencia que por sus características o condiciones personales, familiares o sociales tienen mayor riesgo o vulnerabilidad de sufrir malos tratos.

Las condiciones o circunstancias de una situación de vulnerabilidad o riesgo social frente a los malos tratos en el entorno familiar y la exclusión social pueden concretarse en:

- Existencia de una situación de dependencia importante o grave para la realización de las Actividades de la Vida Diaria por motivos físicos o psíquicos.
- Ausencia, insuficiencia o inadecuación de los cuidados necesarios o recibidos desde el entorno familiar.

- Mínima compensación o inexistencia de red de apoyo informal.
- Aislamiento social.
- Uso inadecuado, desconocimiento, insuficiencia o rechazo de los recursos sociales disponibles.

Otros factores intervinientes que pueden condicionar o agravar la situación son:

- Edad avanzada: 80 años o más.
- Ausencia de hábitos saludables: higiene, alimentación...
- Déficit cultural.
- Inadecuación de vivienda: insalubridad, déficit de equipamientos, barreras,...
- Escasez de recursos económicos.
- Presunta incapacidad.
- Existencia de patologías psíquicas, adicciones,...
- Desajustes convivenciales, historia de violencia familiar.
- Aparición de estresores externos.

La mera presencia de algunos de los factores más o menos determinante no es prueba contundente que permita catalogar el caso de malos tratos o acusar la existencia de un responsable de los mismos; de hecho, como veremos en los resultados, no siempre es así. Lo que sí deja en absoluta evidencia es la necesidad de realizar un buen diagnóstico y de iniciar una intervención social que debe ir más allá de la mera prescripción de prestaciones y control y seguimiento de las mismas.

Nuestra intervención

Sin ser exhaustivos, hay algunas cuestiones fundamentales que orientan nuestra actuación:

- **Todas las personas**, con independencia de la edad y situación de dependencia, **deben ser respetadas en sus derechos y libertades**; es responsabilidad ética profesional velar por la máxima compatibilidad entre todos ellos.
- **Todas las personas y familias son susceptibles de enfrentarse a situaciones de malos tratos**; no deben descartarse, a priori, sin una valoración exhaustiva, situaciones con

4. Experiencias globales

ciertos indicadores de riesgo por el hecho de pertenecer a capas o sectores tradicionalmente **no vinculados a los servicios sociales**.

- La vinculación profesional para **el diagnóstico y posterior diseño de la intervención** se debe establecer **no sólo con la persona** que sufre la situación de malos tratos, **sino con la responsable de los malos tratos y resto del entorno convivencial**.
- La conjugación del índice de sospecha y nivel de gravedad de los malos tratos con **el nivel de incapacidad de la víctima debe ser explorada cuanto antes** de cara a la toma de decisiones sobre la orientación de la intervención. Nuestro código ético nos obliga a no temblar a la hora de denunciar la presunción de determinados delitos.
- **La comunicación y empatía**, el respeto a la individualidad de la persona y la comprensión de sus circunstancias sin prejuzgar la voluntad (maleficencia) sobre las acciones de cada una de ellas se torna fundamental de cara a la obtención de colaboración y “permiso” para intervenir; una vez reconocido el problema. Tener en cuenta que cada persona tiene **su/s**: ritmo, historia, miedos y emociones, pérdidas y duelos, expectativas y aspiraciones.
- **La coordinación** se hace, si cabe, todavía más necesaria ante este tipo de situaciones complejas en las que la actuación de diferentes instituciones, agentes y sistemas con respecto a la detección, prevención, contención y eliminación de los malos tratos son cruciales: Salud, Justicia, Fuerzas de Seguridad, Servicios Sociales Especializados, iniciativa social... La coordinación será elemento clave en todo el proceso metodológico.

Desde el programa entendemos dos formas de abordaje en nuestra intervención:

- Cuando existe intencionalidad para infligir malos tratos,
 - la respuesta tendrá que ser predominantemente legal,
- con un objetivo inicialmente protector,
- en segundo lugar; rehabilitador y,
- En tercer lugar; sancionador.
 - El objetivo protector debe tener en cuenta siempre la decisión autónoma de la persona mayor competente.
- En el resto de los casos, lo recomendable es que los abordajes profesional y ético, sobre todo de carácter preventivo, sean preferibles a los abordajes legales y sancionadores, que sólo pueden ser justificables de manera excepcional, después de haber agotado otras posibilidades y, siempre, como mal menor.

A la hora de realizar una intervención no debemos olvidar algunos aspectos fundamentales como son:

- Especial atención a la colaboración de la familia.
 - Conciencia de la situación problema.
 - Que decisiones adopta la familia.
 - La Propuesta de Intervención es consensuada con la familia.
- Red social, quien y cuando se realiza: visita de cortesía, limpieza del hogar; elaborar comidas, compras, gestiones médicas, cuidados personales.
- Coordinación Institucional.
- Propuesta de Intervención, pasos a seguir y temporalización.
- Sistematizar la recogida de información produciendo una base de datos con indicadores claros que nos ayuden a evaluar los resultados y su progresión anual.

La detección inicial de posibles situaciones de riesgo suele provenir fundamentalmente, por orden de frecuencia, de las siguientes fuentes:

- **Denuncias vecinales**, de familiares próximos o personas allegadas, comunicadas verbalmente a los/as Trabajadores/as Sociales de zona, mediante llamada anónima a un Teléfono Denuncia, o por escrito. Este dato refuerza la importancia de la sensibilización social sobre el problema.
- **Informes de la Policía Local** como consecuencia de sus intervenciones a raíz de avisos vecinales.
- A través de **visitas a domicilio** efectuadas por Trabajadores/as Sociales de zona para valorar demandas de prestaciones.
- Comunicaciones de los **servicios sanitarios**, tanto de atención primaria como hospitalarios (si bien en la mayoría de éstos casos, ya era conocida la situación de riesgo por las vías anteriores).
- **Esporádicamente** se reciben **denuncias por otras vías**: administradores/as de fincas, directores/as de entidades bancarias, arrendadores/as de la vivienda, personal doméstico...
- Sólo de forma aislada se reciben denuncias de la propia persona que sufre los malos tratos, especialmente casos en que los que la violencia ha estado presente a lo largo de la historia familiar.

4. Experiencias globales

Esta valoración inicial la realiza la T.S. de primera atención/SAD (de forma directa o indirecta), y en esta primera valoración ya se pueden tomar algunas decisiones antes de canalizar el caso al equipo de intervención en zona (como puede ser SAD/Teleasistencia).

Diagnóstico

La canalización del caso al equipo de intervención en zona, requiere la emisión de un informe social que incluye, entre sus apartados básicos:

- la valoración del grado de dependencia,
- los recursos formales e informales de apoyo,
- la dinámica y red familiar,
- una batería de indicadores de riesgo de malos tratos físicos, psíquicos, sociales y legales, JOHNSON¹,
- una batería de indicadores conductuales y de posición respecto a las personas que guardan una relación relevante en la dinámica familiar; residan o no en el núcleo de convivencia.

Posteriormente el Equipo de Intervención de Zona realizará una valoración interdisciplinar más exhaustiva, buscando la confirmación o no del diagnóstico, el establecimiento de unas bases sólidas en la relación profesional con todas las personas participantes en la situación, e introducir recursos o ciertos cambios, si fuera necesario, que puedan disminuir niveles de riesgo, en tanto acordamos el plan de intervención.

El plan de intervención

Es importante tener en cuenta a la hora de diseñar y determinar los objetivos de la intervención a todos los miembros o personas relevantes de la unidad familiar; y todas las dimensiones o ámbitos en los que se proyecta la vulnerabilidad o exclusión (socio-sanitario, relacional, formativo, económico, residencial, de participación y ciudadanía).

Este plan debe aplicarse preferentemente mediante **Consentimiento Informado** de la persona y en lo posible del resto de personas responsables o implicadas.

¹ JOHNSON (1991) en DECALMER, Peter y GLENDENNING, Frank, compiladores (2000): “*El maltrato a las personas mayores*” Ed. Paidós Trabajo Social. Barcelona.

Debemos de primar la participación, considerando a la hora de actuar el impacto emocional y afectivo que suponen ciertas medidas, y el tiempo necesario para su aceptación.

Cuando no es posible realizar esto, en situaciones donde la capacidad de la persona en la toma de decisiones esta mermada, la toma de decisiones debe ser rápida y valiente, consensuada entre el Equipo y responsables de la institución buscando la misma implicación de las entidades y profesionales que deben actuar desde sus propias esferas (Centro de Salud / Hospital / Salud Mental; Juzgado y Fiscalía, Delegación Provincial de Asuntos Sociales...).

En los casos de autoabandono menos graves, la frecuente resistencia a la intervención por parte del usuario y el respeto a su libertad de decisión nos obligan a “estar ahí”, pero en lugar del cierre del caso, se trabaja de manera indirecta y más relacionada con el entorno, en espera del momento propicio para iniciar la intervención directa. La experiencia corrobora que la paciencia profesional es fundamental a la hora de ganarnos la confianza del usuario/a y permitir un acercamiento para abordar el caso.

Las medidas o recursos utilizados en nuestra intervención, son diversos y articulados en función de la tipología y gravedad de las situaciones, destacando los más significativos:

- **Recursos de apoyo a la unidad convivencial** para la mejor atención de la persona en situación de dependencia y reducción del aislamiento: ayuda a domicilio, estancias diurnas, ayudas técnicas, voluntariado...
- **Recursos de apoyo a las personas cuidadoras** para la mejora de su situación personal y prevención de la sobrecarga y la claudicación: apoyo psicológico, respiro familiar, grupos de autoayuda,...
- **Recursos de alojamiento alternativo**, cuando la convivencia o protección están seriamente amenazadas: plazas residenciales de emergencia, estancias en Albergue municipal, ingresos hospitalarios (pueden ser gestionados incluso como medida cautelar por orden judicial).
- **Recursos para la mejora del entorno residencial**: limpiezas de choque, intervención de servicios de salud pública (retirada masiva de enseres y restos orgánicos, fumigación...), adaptación del hogar; reposición de mobiliario, control de animales domésticos, incluso cambio de vivienda...
- **Recursos para la protección de derechos**: tutela o curatela por parte de Entidad tutelar, medidas especiales de protección del patrimonio,...

Controlada la situación de riesgo, se garantiza el seguimiento profesional, especialmente a través de visitas domiciliarias, que en este tipo de casos es recomendable que se extien-

dan en el tiempo, en tanto el elemento clave de vulnerabilidad está ligado a la mayor edad y a la dependencia, circunstancias que en todo caso, se van a mantener o incrementar.

La Supervisión Técnica

La supervisión técnica y el asesoramiento en la elaboración y evaluación de los Proyectos de Intervención Individual con Personas en Situación de Dependencia en riesgo o maltrato será aportada por el Departamento de Atención a la Dependencia y la Discapacidad, a través de un Coordinador Técnico de Gestión de Programas Sociales, así como la gestión administrativa y la coordinación necesaria con otras administraciones o entidades

Coordinación Institucional

La complejidad de la problemática que abordamos refuerza la importancia fundamental de la coordinación interinstitucional, aconsejando la necesidad de establecer cauces formales de colaboración, favoreciendo la participación y representación de todas las instituciones implicadas desde alguna óptica en la prevención, detección y atención de situaciones de malos tratos o desprotección de personas mayores y/o dependientes.

Desde el mismo inicio del proyecto, se han articulado reuniones, contactos periódicos y/o sesiones de trabajo técnico conjuntas con: Fiscalía, Decanato de los Juzgados, Fuerzas de Seguridad (Policía Nacional y Local, Hospitales y Centros de Salud de la Zona).

La finalidad perseguida ha sido siempre el establecimiento de criterios comunes en orden a garantizar la intervención inmediata desde las competencias respectivas, orientadas en primera instancia a evitar la continuidad o reiteración de los malos tratos, favoreciendo la colaboración con el resto de entidades implicadas de cara al mejor tratamiento y resolución de cada situación.

Básicamente las medidas articuladas son:

- **Intercambio de información** que facilite una mejor identificación de casos de malos tratos a personas mayores en el ámbito familiar y un mayor conocimiento de la realidad.
- **Articulación de canales y flujos** para la actuación institucional coordinada ante situaciones graves.
- **Acciones de formación conjunta e intercambio de buenas prácticas** entre profesionales de las diferentes entidades.

Prevención Primaria

Somos conscientes que toda intervención, para ser integral, debe partir de la prevención primaria o primordial, sensibilizando a la población en general sobre los derechos de las personas mayores y las personas dependientes, sobre la realidad de los malos tratos y sobre la necesidad de denunciarlos como la mejor manera de ayudar. En este sentido, en el ámbito concreto, se trabaja desde el Área mediante la difusión de reportajes de prensa, emisión frecuente de un spot propio, realización de tertulias de profesionales en magazines de la TV. Local, y charlas a diferentes colectivos ciudadanos. A nivel más amplio, se desarrollan programas y actuaciones de promoción de derechos con las propias personas mayores y con personas con discapacidad.

Procedimiento

A la hora de detectar una posible situación de riesgo es necesario:

- **Observar señales de alerta** (Síntomas en la Persona en Situación de Dependencia que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía).
- **Identificar factores de riesgo** (Circunstancias personales y/o familiares que pueden favorecer la aparición de procesos de riesgo o maltrato).
- **Identificar posible situación de dependencia** (Existencia de limitación física, psíquica o intelectual, incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, necesidad de cuidados por parte de un tercero).
- **Recepción de una comparecencia** de denuncia de presunto maltrato.

Para la verificación de un presunto maltrato se realizan las siguientes tareas:

- **Revisión** de posibles antecedentes en nuestro Servicio.
- **Ver/entrevistar** personalmente a la Persona en Situación de Dependencia.
- **Entrevista** semiestructurada con miembros significativos del núcleo familiar y/o su entorno.
- **Visita** domicilio.
- **Recabar información** disponible de los servicios sanitarios, judiciales, sociales, policiales...

Nuestra intervención ante la verificación o no de la situación detectada conlleva tres posibles situaciones, las cuales están perfectamente definidas y temporalizadas:

I. No se verifica situación de riesgo o malos tratos

RESULTADO

**No se verifica que exista
Situación de Riesgo o
Malos Tratos**



RESPONSABLE

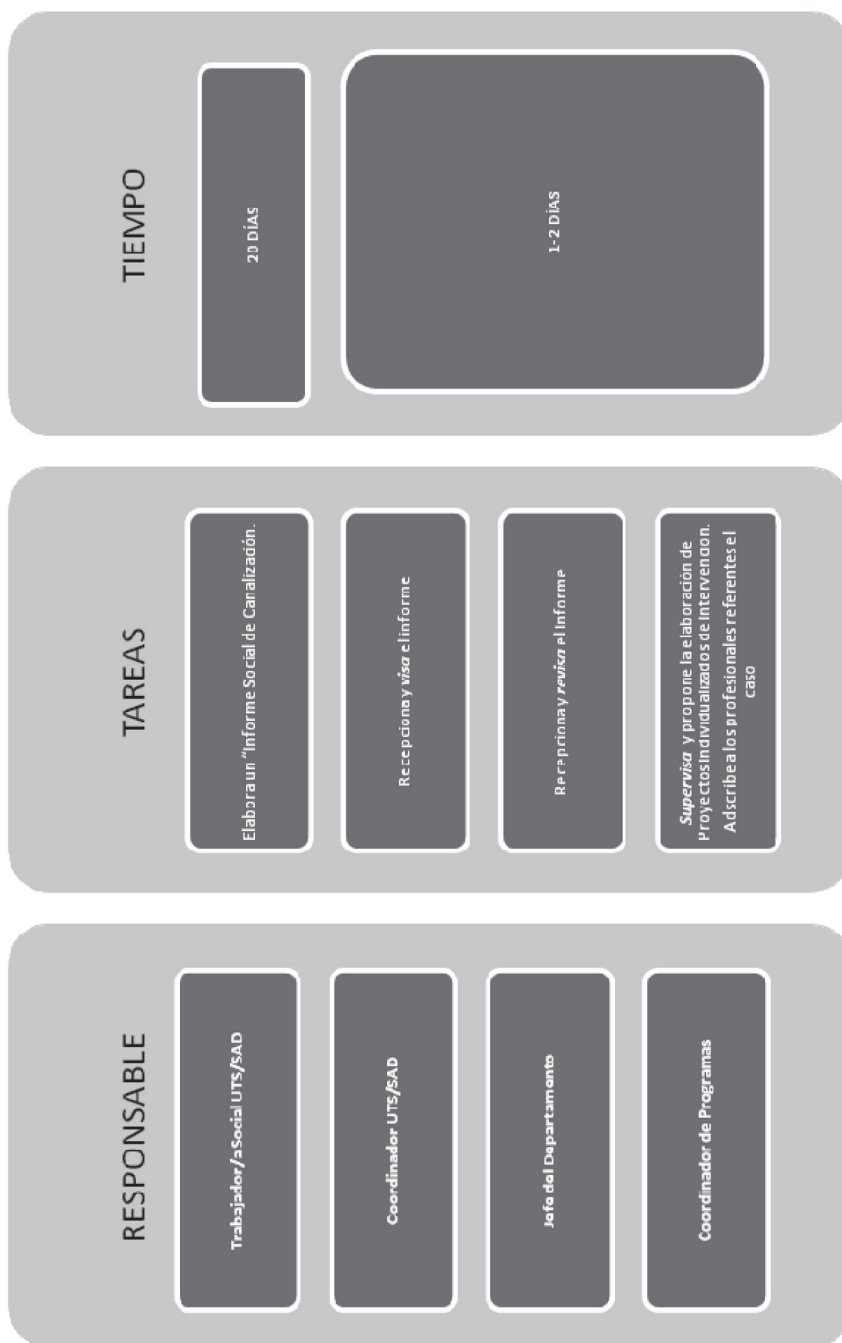
- UTS
- SAD



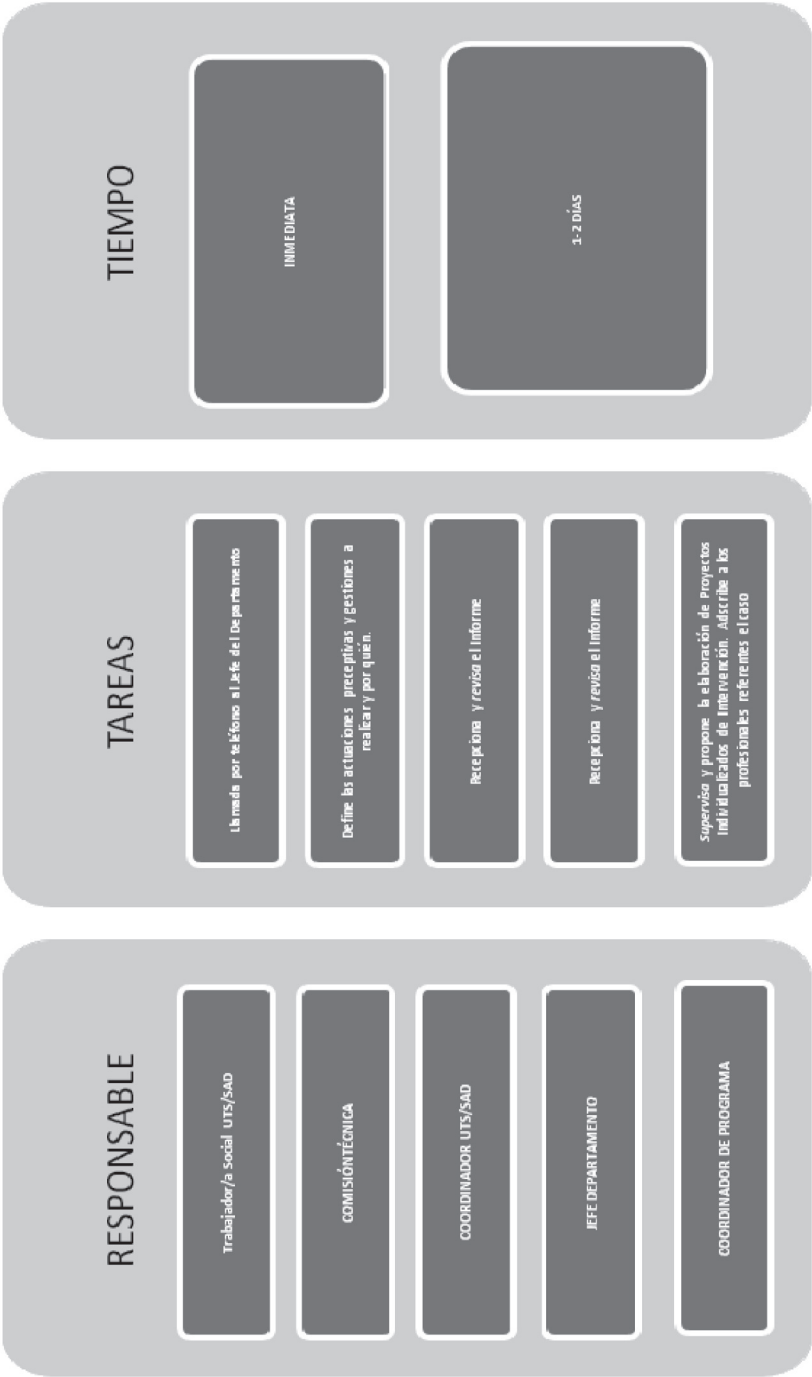
TAREAS

- CIERRE DE LA INTERVENCIÓN
- NO EXISTE PERO SE COMPRUEBA SITUACIÓN A RESOLVER POR SAD

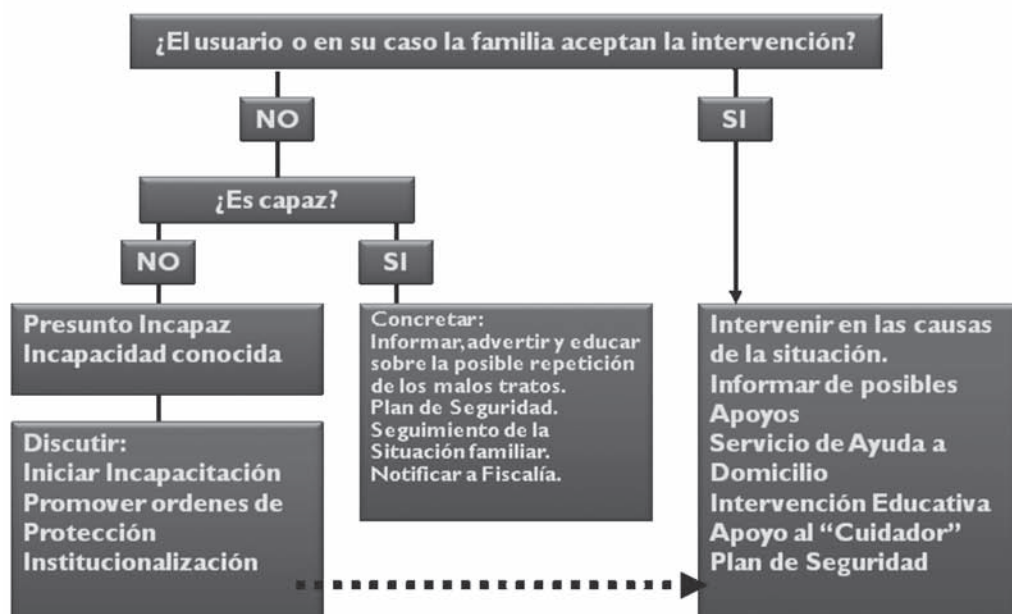
2. Se verifica una presunta situación de riesgo o malos tratos



3. Se verifica una situación de malos tratos grave y urgente



En el momento de detectar una situación de riesgo seguimos el siguiente flujograma que va a determinar nuestra intervención.



Algunos datos

Aportamos, a continuación, algunos datos disponibles que confirman dichos avances y ofrecen información sobre los casos abordados:

Perfil de las familias

El total de casos trabajados en el último ejercicio asciende a 150 expedientes, el 75% de ellos corresponden a personas mayores, el resto son personas con discapacidad; unos y otros padecen limitaciones en su autonomía personal en diferente grado y por tanto son considerados en situación de dependencia. No existen diferencias significativas en cuanto al sexo, el 54% de mujeres frente al 46% de hombres.

Tipología

En el 85% de las situaciones podemos hablar claramente de malos tratos, el resto son casos en situación de alto riesgo. Entre los casos de malos tratos podemos distinguir: un 31% de situaciones de negligencia y abandono; 41% de autonegligencia, 17% de polimaltrato; 8% de maltrato psicológico, 2% de explotación económica y un 1% de agresiones físicas. Respecto a abusos sexuales, se han atendido casos aislados en otras anualidades.

Perfil de las familias

En relación con la forma de convivencia, en el 47% de los casos las personas viven solas; el 13% con su pareja; el 12% con pareja e hijo/a/s; el 17% sólo con hijo/a/s; en el 3% conviven tres generaciones, y un 8% corresponden a otros modelos de convivencia.

Para finalizar

La aplicación de este Proyecto específico ha supuesto notables avances en nuestra respuesta a la problemática de los malos tratos a personas mayores y /o dependientes en el ámbito familiar, así como en las situaciones o procesos de exclusión social que pueden afectarles, habiendo permitido:

- Detectar y diagnosticar de forma fiable un mayor número de casos.
- Intervenir de forma precoz en las situaciones de malos tratos, mejorando su pronóstico inmediato.
- Mejorar la calidad de la atención a través del enfoque interdisciplinar y la supervisión de casos.

- Favorecer procesos de recuperación de la convivencia personal, bien en el entorno familiar o alternativo.
- Propiciar una mayor implicación de la comunidad, de los vecinos e instituciones, en la resolución de problemáticas.

Dificultades

- De financiación del equipo humano; precisamente la singularidad del mismo nos ha permitido crecer en calidad y volumen de la atención, supone también un lastre a la hora de justificar su necesidad.
- De coordinación institucional, más por falta de capacidad de respuesta adecuada en el momento necesario por parte de los diferentes sistemas e instituciones implicadas en la detección y atención- que provoca no pocos enfrentamientos-, que por falta de empeño o voluntad de los profesionales.
- De escasez de recursos específicos y de repuestas inmediatas ante situaciones de emergencia: los casos más graves requieren inmediatez en la toma de decisiones y adopción de soluciones, desgraciadamente no existe siempre la suficiente agilidad en el sistema judicial, por no hablar de la escasez de plazas residenciales para emergencias sociales.
- De frustración profesional, ante situaciones a las que se llega tarde o que nos gustaría que evolucionaran de otra forma, cuando sabemos que las expectativas de vida de la persona o el tiempo del que disponemos son limitados.

Conclusiones

La trayectoria y resultados obtenidos respaldan, la importancia de promover actuaciones preventivas frente a los malos tratos en el nivel más próximo a los ciudadanos.

Debemos aspirar, por tanto, desde esta perspectiva a mejorar el éxito en la respuesta, es decir, más a detectar cuanto antes, abordar mediante una buena intervención y controlar mediante seguimiento real un mayor número de casos, que a forzar los números del éxito total en los resultados, que nunca lo serán del todo, atendiendo a los costes personales y emocionales.

Es necesario establecer mecanismo de sólidos de coordinación (PROTOCOLIZAR LAS ACTUACIONES) con todas las Instituciones que participan dentro del proceso de Intervención, esto no puede depender únicamente de la buena voluntad técnica.

La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, puede facilitar la detección temprana de situaciones riesgo, ya que nos está permitiendo entrar en domicilio que nunca han tenido relación con los Servicios Sociales.

Referencias

- Romero MR. "Violencia sobre las Personas Mayores. Una experiencia de abordaje específico de los malos tratos a personas mayores en el entorno familiar desde los Servicios Sociales Comunitarios"; 2007. p. 75.
- Violencia. Contextos en Intervención Social: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.
- Moya BA, Barbero GJ. "Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación" Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Madrid 2005.