

Los abusos a las personas mayores

Cornelia-Mercedes Tabueña Lafarga

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Programa de doctorado “Psicogerontología: canvi i optimització”

Bienio: 1995-96 y 1996-97

Facultad de Psicología

Universidad de Barcelona

Los abusos a las personas mayores

Tesis doctoral presentada por:

C. Mercedes Tabueña Lafarga

Directora de la tesis:

Dra. Carme Triadó Tur

Barcelona, Marzo de 2006.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	11
Preámbulo	13
Capítulo 1. Introducción al fenómeno de los malos tratos a las personas mayores.....	23
1.1.- Transformaciones sociales que generan nuevas necesidades sociales.....	24
1.1.1.- De un modelo de familia tradicional a la pluralidad de Familias.....	25
1.1.2.- Las políticas de soporte a la familia y los Servicios Sociales.....	26
1.1.3.- La conciliación de la vida laboral, escolar y familiar.....	27
1.1.4.- La violencia (familiar, institucional y comunitaria).....	28
1.2.- Los Servicios Sociales y la situación de dependencia.....	29
1-2.1.- Envejecimiento demográfico.....	29
1.2.2.- Envejecimiento activo.....	30
1.2.3.- Hacerse mayor, volverse dependiente.....	32
1.2.4.- Las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes.....	34
1.2.5.- La atención informal.....	37
1.3.- Los derechos y deberes de las personas mayores.....	38
1.4.- Recomendaciones de organizaciones internacionales y nacionales para abordar el derecho a no sufrir los malos tratos.....	43
1.5.- Aspectos éticos.....	47
1.5.1.- Principios básicos de ética aplicados a las personas mayores.....	49

Capítulo 2. Descripción del problema.....	53
2.1.- Emergencia del concepto de maltrato a las personas mayores.....	54
2.2.- Diferentes definiciones sobre el concepto de maltrato a las personas mayores	57
2.3.- Los debates respecto a las diversas definiciones	64
2.4.- Las clasificaciones de malos tratos a las personas mayores	66
2.4.1.- Las tipologías y clasificaciones	68
2.5.- Definición e indicadores de las tipologías de abuso y malos tratos a las personas mayores	70
2.6.- Controversias	74
2.7.- Dos nuevos síndromes	76
2.7.1.- Síndrome de la abuela esclava	76
2.7.2.- Síndrome de Diógenes	81
2.8.- Ámbitos dónde se pueden ocasionar los malos tratos	82
2.8.1. Maltrato familiar	83
2.8.2. Maltrato institucional	85
2.8.2.1.- La incidencia y prevalencia de los actos de violencia a las personas mayores en el medio institucional	92
2.8.2.2.- Desajustes legislativos en la institucionalización: necesidades reales versus respuestas jurídicas	94
2.8.3. Maltrato estructural o social	95
2.8.3.1.- El Mobbing Inmobiliario	96
 Capítulo 3.- La comprensión de la violencia y los malos tratos hacia las personas mayores	102
3.1.- Modelo centrado en las situaciones	103
3.2.- Modelo del intercambio social	104
3.3.- Modelo de la interacción simbólica	105
3.4.- Modelo feminista	107
3.5.- Otras teorías propuestas	108
 Capítulo 4.- Incidencia y prevalencia de los malos tratos a las personas mayores	110
4.1.- Los factores de riesgo en el maltrato a personas mayores	113
4.1.1.- Grupos de factores de riesgo	114
4.1.2.- Factores de riesgo en el ámbito domiciliario	118
4.1.3.- Factores de riesgo en el ámbito institucional	121

4.2.- Las características de las víctimas y de las personas que cometen los malos tratos	122
4.3.- Consecuencias psicológicas, sociales y de salud de los malos tratos a las personas mayores	125
4.4.- Estudios y experiencias más relevantes en torno a los malos tratos a las personas mayores en diferentes países	128
4.4.1.- Estudios y experiencias en el medio comunitario	128
4.4.2.- Estudios y experiencias en el medio institucional	137
4.5.- Organizaciones internacionales y nacionales especializadas en la atención a las personas mayores víctima de malos tratos.....	140
Capítulo 5. La detección de los malos tratos	149
5.1.- Aspectos que influyen en la dificultad para la detección del maltrato.....	150
5.1.1.- ¿Ante qué debemos sospechar?	151
5.1.2.- El Silencio cómplice de los malos tratos	152
5.1.2.1.- El silencio de las víctimas	153
5.1.2.2.- El silencio de los cuidadores	154
5.1.2.3.- El silencio de las familias	155
5.1.2.4.- El silencio de las administraciones	156
5.1.3.- El envejecimiento del cuidador cuando éste es el cónyuge.....	156
5.1.4.- Los profesionales	157
5.1.5.- Los instrumentos de detección	158
5.2.- Las herramientas de valoración para la detección	160
5.2.1.- Instrumentos de cribado	161
5.2.2.- Indicadores de malos tratos a personas mayores	166
5.2.3.- Evaluación ambiental, familiar y de calidad de vida: Escala de valoración social y familiar	170
5.3.- Manuales para la detección de malos tratos a mayores	174
Capítulo 6. Marco jurídico de los malos tratos a los mayores	179
6.1.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Civil	181
6.1.1.- La incapacidad	182
6.1.2.- La Pensión alimenticia	183
6.1.3.- La Autotutela	184
6.1.4.- Las Voluntades Anticipadas	184
6.1.5.- Ley de situaciones convivenciales de ayuda mutua	185
6.1.6.- Ley de acogida de personas mayores	186

6.2.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Penal	187
6.2.2.- Delitos y faltas	188
6.3.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Administrativo	190
6.3.1.- Normativa de servicios sociales	190
6.3.2.- Supresión de barreras arquitectónicas	193
6.3.3.- Ley 18/2003 de 4 de julio, de apoyo a las familias	194
6.4.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Constitucional	195
✕ Capítulo 7. La prevención y la evaluación	197
7.1.- La prevención	198
7.1.1.- Grados de actividades preventivas	199
7.1.1.1.- La prevención primaria	200
7.1.1.2.- La prevención secundaria	201
7.1.2.- Como prevenir los malos tratos en el medio institucional	202
7.2.- La evaluación	204
7.2.1.- Buena práctica de entrevista para las situaciones de maltrato sospechado o confirmado	205
7.3.- Valoración del estado de la víctima	208
7.3.1.- El estado físico	208
7.3.2.- El estado psíquico	209
7.3.3.- El estado cognitivo	209
7.4.- Valoración ambiental, familiar y de la calidad de vida	210
7.4.1.- La carga del cuidador y sus consecuencias	212
7.4.2.- Las personas que cuidan, tema de investigación	213
7.5.- Evaluación del maltrato	215
7.5.1.- Tipología, Frecuencia y Progresión del maltrato	215
7.5.2.- La gravedad del caso	216
7.5.3.- La competencia de la persona mayor víctima	216
7.5.4.- La accesibilidad	217
7.5.5.- Los recursos disponibles	218
7.6.- Evaluación del maltrato institucional	218
✕ Capítulo 8.- La Intervención	222
8.1.- Los principios de la intervención	222
8.2.- La intervención y los equipos interdisciplinares	224
8.3.- Los protocolos de intervención	225

8.3.1.- Un protocolo para la intervención en situación de maltrato.....	225
8.3.2.- Propuesta de algoritmo	228
8.4.- Estrategias para el abordaje	230
8.4.1.- Maltrato severo que requiere una intervención inmediata	230
8.4.2.- Maltrato de severidad moderada con intervención no urgente	231
8.5.- Los recursos para la intervención: El Sistema Público de Servicios Sociales	232
8.6.- El Sistema Catalán de Servicios Sociales y la Red Básica de Responsabilidad Pública	233
8.6.1.- Los Servicios de Atención Primaria	235
8.6.2.- Los Servicios Sociales Especializados	236
8.7.- El Sistema de salud y la atención sociosanitaria	237
8.8.- Los recursos jurídicos, policiales y otros	240
Capítulo 9. Estudio Empírico	243
9.1.- Justificación	244
9.2.- Objetivos e hipótesis	246
9.2.1.- Objetivo general	246
9.2.2.- Objetivos específicos	247
9.2.3.- Las hipótesis	248
9.3.- Importancia del estudio	248
9.4.- Limitaciones del estudio	249
9.5.- Método	251
9.5.1.- Participantes	252
9.5.2.- El Instrumento	254
9.5.3.- Procedimiento	255
9.6.- Resultados	258
9.6.1.- Análisis de datos	258
9.6.1.1.- Análisis de los datos categóricos	258
9.6.1.2.- Análisis de contenido	259
9.6.2.- Resultados de los análisis efectuados	261
9.6.2.1.- Resultados de (χ^2) Chi-Cuadrado	273
9.6.2.2.- Resultados de contenido	295
9.6.2.2.1.- Descripción de los malos tratos detectados	295
9.6.2.2.2.- Descripción de posibles antecedentes de violencia	304

9.6.2.2.3.- Describir si hay circunstancias de pobreza extrema o moderada	306
9.6.2.2.4.- Describir las intervenciones realizadas hasta ahora	307
9.6.2.2.5.- Valorar la viabilidad y accesibilidad prevista para la Intervención	312
Capítulo 10. Discusión y conclusiones	317
10. 1.- Discusión	318
10.1.1.- Objetivo 1	319
10.1.1.1.- La detección	319
10.1.1.2.- Conceptos	322
10.1.1.3.- Tipologías de malos tratos	323
10.1.2.- Objetivo 2	330
10.1.2.1.- El perfil de la persona mayor víctima del maltrato	330
10.1.2.2.- Perfil de la persona que comete el maltrato	332
10.1.3.- Objetivo 3	333
10.1.3.1.- Factores de riesgo relacionados con la persona mayor victima de maltrato	333
10.1.3.2.- Factores de riesgo relacionados con la persona responsable del maltrato	341
10.1.4.- Objetivo 4	352
10.1.5.- Objetivo 5	359
10.1.6.- Hipótesis	360
10. 2.- Conclusiones	364
10. 3.- Sugerencias para llevar a cabo vías de intervención y de investigación	382
Bibliografía	387
Acrónimos utilizados	407

 ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tablas

- Tabla nº 1. Proyecciones de la estructura por grandes grupos de edad de la población Española, 1991-2026	30
- Tabla nº 2. Recursos existentes para las personas mayores. Ámbito estatal (2002)	37
- Tabla nº 3. Primeras definiciones de abuso y malos tratos	58
- Tabla nº 4. Tipologías. Signos y síntomas	70
- Tabla nº 5. Signos y Síntomas. S. Abuela Esclava	77
- Tabla nº 6. Signos y Síntomas. Síndrome de Diógenes	81
- Tabla nº 7. Formas y signos de violencia institucional	91
- Tabla nº 8. Clasificación de los factores de riesgo en el ámbito familiar y social	115
- Tabla nº 9. Factores de riesgo en el medio institucional	122
- Tabla nº 10. Estudios y experiencias en el medio comunitario	129
- Tabla nº 11. Estudios y experiencias en el medio institucional	137
- Tabla nº 12. Escalas de cribado	161
- Tabla nº 13. Indicadores de malos tratos a personas mayores	166
- Tabla nº 14. Escalas de Valoración Social y Familiar	171
- Tabla nº 15. Aspectos para evaluar el estado físico	208
- Tabla nº 16. Escalas para la evaluación psíquica	209
- Tabla nº 17. Escalas y tests para explorar el deterioro cognitivo	210
- Tabla nº 18. Escalas de Valoración social, familiar y cuidadores	214
- Algoritmo de intervención en malos tratos	229
- Tabla nº 19. Red básica de servicios sociales de responsabilidad pública	234
- Tabla nº 20. Diseño del cuestionario	254
- Tabla nº 21. Número de respuestas a los ítems 44 al 48.....	258
- Tabla nº 22. Casos estudiados durante el año 2002	260
- Tabla nº 23. Detección de los casos	261
- Tabla nº 24. Tipos de malos tratos	262
- Tabla nº 25. Número de malos tratos por persona	263
- Tabla nº 26. Aspectos generales de la víctima	263
- Tabla nº 27. Aspectos económicos y de prestaciones sociales	264
- Tabla nº 28. La vulnerabilidad	265

	Índice
- Tabla nº 29. Medicación	265
- Tabla nº 30. Utilización de recursos y servicios	266
- Tabla nº 31. Lista de recursos	267
- Tabla nº 32. Incapacitación jurídica	268
- Tabla nº 33. Proceso judicial o denuncia	268
- Tabla nº 34. Características de las personas que cuidan	269
- Tabla nº 35. Características del agresor	270
- Tabla nº 36. Características específicas del agresor	271
- Tabla nº 37. Diferencias según la edad de la persona mayor	
- respecto al tipo de maltrato	272
- Tabla nº 38. Género	273
- Tabla nº 39. Diferencias entre tipo de convivencia respecto	
- al tipo de maltrato	275
- Tabla nº 40. Diferencias entre el estado civil de la persona mayor	
- respecto al tipo de maltrato	276
- Tabla nº 41. Diferencias entre los ingresos de la persona mayor	
- Respecto al tipo de maltrato	277
- Tabla nº 42. Diferencias entre el número de fármacos ingeridos por	
- la persona mayor respecto al tipo de maltrato	278
- Tabla nº 43. Diferencias entre la vulnerabilidad física de la persona	
- mayor respecto al tipo de maltrato	279
- Tabla nº 44. Diferencias entre la vulnerabilidad psíquica de la	
- persona mayor respecto al tipo de maltrato	280
- Tabla nº 45. Diferencias entre la vulnerabilidad emocional de la	
- persona mayor respecto e tipo de maltrato	281
- Tabla nº 46. Diferencias entre la existencia de trastornos	
- mentales, emocionales y psiquiátricos en el	
- posible agresor respecto al tipo de maltrato	282
- Tabla nº 47. Diferencias entre la existencia de problemas de	
- drogadicciones en el posible agresor respecto	
- al tipo de maltrato	283
- Tabla nº 48. Diferencias entre la poca preparación para cuidar a un	
- enfermo del posible agresor respecto al tipo de maltrato	284

-	Tabla nº 49. Diferencias entre los pocos recursos personales respecto al tipo de maltrato	285
-	Tabla nº 50. Diferencias entre ser económicamente dependiente de la víctima respecto al tipo de maltrato	286
-	Tabla nº 51. Diferencias entre ser cuidador de más de 9 años de la víctima respecto al tipo de maltrato	287
-	Tabla nº 52. Diferencias entre que el posible agresor tenga crisis personales respecto al tipo de maltrato	288
-	Tabla nº 53. Diferencias entre que el cuidador esté agotado respecto al tipo de maltrato	289
-	Tabla nº 54. Diferencias entre que el cuidador hace la tarea a disgusto respecto al tipo de maltrato	290
-	Tabla nº 55. Diferencias entre problemas de conflictos personales entre agresor y víctima respecto al tipo de maltrato	291
-	Tabla nº 56. Diferencias entre la existencia de una pobre relación agresor-víctima a respecto al tipo de maltrato	292
-	Tabla nº 57. Diferencias entre la falta de recursos sociales de soporte para el cuidador respecto al tipo de maltrato	293
-	Tabla nº 58. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 44	302
-	Tabla nº 59. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 45	304
-	Tabla nº 60. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 46	305
-	Tabla nº 61. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 47	310
-	Tabla nº 62. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 48	315
-	Tabla nº 63. Responsabilidad colectiva o individual	344
-	Tabla nº 64. Violencia contra las mujeres. Las denuncias en Cataluña	356

Gráficos

-	Gráfico nº 1. La atención a las personas dependientes: Datos demográficos 2003	33
-	Gráfico nº 2. Problemática, necesidades, servicios e interrogantes	36
-	Gráfico nº 3. Diferencias entre ética y moral	48
-	Gráfico nº 4. El modelo de Jonson	60
-	Gráfico nº 5. Modelo explicativo del maltrato institucional	88

- Gráfico nº 6. Representación de las divisiones dentro de la Población de mayores	118
- Gráfico nº 7. Esquema de las interacciones entre los cuatro elementos con sus factores intervinientes	120
- Gráfico nº 8. Relación del cuidador con la víctima	270

ANEXOS

- Nº 1.- Cuestionario	409
-----------------------------	-----

Agradecimientos

A lo largo de toda mi trayectoria profesional iniciada hace más de treinta años, me he dedicado a trabajar para y con las personas mayores; al principio como trabajadora social en atención directa, más tarde en gestión de servicios y últimamente desde el campo docente, la investigación y el voluntariado. Muy pronto descubrí la necesidad de llevar a cabo un trabajo de investigación, que me permitiera ampliar conocimientos sobre un tema apenas mencionado en alguna información pero cuya importancia y gravedad yo intuía y observaba desde la plataforma de mi práctica profesional: la cuestión de los malos tratos perpetrados sobre las personas mayores. Gracias al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, mediante la organización del Programa de Doctorado “Psicogerontología: Cambio y optimización”, se me ofreció la posibilidad de llevar a cabo este proyecto que tenía en mente desde hacía tantos años. Por este motivo, mi primer agradecimiento se dirige a los planificadores, organizadores y colaboradores de este Doctorado.

Mi gratitud a la Dra. Carme Triadó, mi tutora de tesis, por creer en mi proyecto desde el primer instante en que se lo comuniqué y por su ánimo en los momentos de horas bajas. La relación que ha permitido que se estableciera entre nosotras ha ido más allá de lo puramente académica y eso me ha proporcionado calidad, bienestar y contactos profesionales muy importantes para estimular mi trabajo en el ámbito de la gerontología.

A todos aquellos profesionales de atención primaria, trabajadores sociales, psicólogos, médicos y abogados, cuerpos de seguridad y otros muchos, que desde su praxis me han transmitido, no sólo información de los casos trabajados, sino también sus percepciones, sus dudas, sus interrogantes teóricos y especialmente su sensibilidad por esta problemática, sin cuya ayuda esta tesis no aportaría muchos de sus contenidos.

A todas aquellas personas anónimas, sobre todo personas mayores con las que por alguna cuestión he tenido algún tipo de contacto y que sin ser conscientes de ello, me han ayudado a continuar en mi tarea, a fomentar mi estímulo y sobre todo me han proporcionado buenos elementos para mi formación.

Un agradecimiento especial dirigido a la Dra. Montserrat Coma y al Sr. Jordi Muñoz, con los que he compartido la tarea de profundizar en la problemática de los malos tratos a los ancianos siempre bajo un prisma humanista, constructivo y de denuncia. Un reconocimiento para la Dra. Mercè Costa por su dedicación en la revisión del texto. A la profesora Montserrat Celdran por su soporte.

A todos mis compañeros de trabajo y de docencia, profesores de trabajo social que han soportado mis preocupaciones, inquietudes y también mis descubrimientos. Un recuerdo especial a Mar Flores, bibliotecaria, por su gran ayuda en la búsqueda de documentos tan necesarios para ir avanzando en el conocimiento y estudio de esta problemática.

A mi padre Julio, con el que a pesar de estar inmerso en un proceso de enfermedad cruel y despiadada, hemos seguido juntos y desde hace más de diez años, un camino paralelo; él olvidando su túnel de sombras y yo intentando avanzar por un camino de nuevos conocimientos.

A mi esposo Pere y a mis hijos Daniel y Miriam que en todo momento han participado de la ejecución de esta tesis, apoyándome, animándome, dándome el calor y soporte emocional suficientes para no haber sucumbido en el intento.

Por todo ello, muchas gracias a todos.

PREÁMBULO

Los fenómenos sociales y procesos relacionados o derivados del progresivo envejecimiento de la población, la cada vez mayor esperanza de vida y más especialmente los factores relacionados directa o indirectamente con las personas mayores, han atraído mi atención desde el inicio de mi práctica profesional en la década de los años 70 y posteriormente le he dedicado gran parte de mi actividad prospectiva teórica y docente.

Ha tenido gran influencia en este desarrollo la posibilidad que se me ha brindado de intervenir profesionalmente en el ámbito de las personas mayores, especialmente con las que se hallaban en situación de riesgo social, de manera que de una forma suave, lenta y progresiva, fui intuyendo y a la vez sensibilizándome de la problemática que, sin ser nueva, emergía y afectaba a muchas personas mayores: la de los malos tratos. Una practica especialmente dirigida hacia los ancianos más vulnerables, sobre los que se ejercía y ejerce, de forma voluntaria o involuntaria, unas atenciones o tratos inadecuados que a menudo resultan vejatorios, física, psicológica, social, intelectual o económicamente.

En el año 1995, resultado de asumir formalmente la rotunda existencia de los malos tratos sobre las personas mayores y este pronunciamiento motivó mi compromiso con

el análisis y la reflexión acerca de la situación y práctica de los malos tratos hacia las personas de edad avanzada. De esta forma dio comienzo esta Tesis Doctoral.

Resultará obvio que han sido muchas las dificultades afrontadas para poder progresar en una línea de trabajo correcta, empírica y productiva, a causa especialmente de los siguientes aspectos:

- a) La falta de información sobre el tema especialmente en nuestro país. En aquellos momentos y todavía hoy día, después de 10 años, es una de las formas de violencia más oculta a la sociedad.
- b) Las dificultades metodológicas que presentaba el desarrollo del trabajo de campo. Acceder a casos concretos de personas mayores en situación de maltrato para analizarlos no era tarea fácil, puesto que el acceso al contexto y sus relaciones familiares es sumamente complejo, si consideramos que la violencia familiar es una cuestión privada y no social. Ésta es una de las grandes claves que debe superar la intervención: es la propia familia el crisol de todas las violencias.
- c) Mencionar también el bloqueo emocional que te invade a medida que vas acumulando información proveniente de casos reales detectados. Un buen análisis requiere distancia tanto personal como temporal para poder objetivarlo.

A pesar de todo ello, a lo largo de estos años y con la ayuda de muchos profesionales de los servicios sociales y de salud, así como de docentes que me han motivado en este intento, creo que se han conseguido los objetivos planteados inicialmente. Y lo más importante, puedo contribuir con este trabajo, aunque de una forma tímida e inicial, al avance del conocimiento de este fenómeno tan relevante, causante de graves consecuencias a tantas personas mayores que no pueden, por sí solas, buscar una alternativa a su situación de maltrato.

Asimismo nos proponemos como objetivo general:

Identificar, describir y explorar las características y aspectos principales que intervienen en las situaciones de los malos tratos a las personas mayores. Todo ello asociado a las situaciones detectadas y clasificadas como maltrato a las personas mayores que viven en el ámbito familiar, mediante la aportación de profesionales que trabajan en distintos servicios de atención primaria públicos. Todo ello, nos permitirá

ahondar en las causas que derivan en situaciones de malos tratos (económicas, culturales, formativas, relacionales, asistenciales y otras), y posteriormente disponer de más información para elaborar posibles modelos para la intervención.

El desarrollo de esta tesis se ha estructurado en dos partes diferenciadas y a su vez complementarias.

- ✚ Inicialmente abordamos el estudio del fenómeno de los malos tratos de una forma descriptiva para llegar a conseguir una contextualización y una conceptualización del mismo, sin el cual no podríamos avanzar en el diseño del estudio empírico,
- ✚ Una vez sentadas las bases teóricas llevamos a cabo un estudio empírico, exploratorio, en el que se trabaja información cuantitativa y cualitativa.

Pasamos a presentar mediante una breve descripción, el contenido de los capítulos que configuran la tesis.

Capítulo 1.- Introducción al fenómeno de los malos tratos a las personas mayores.

Se expone una breve y sintética información relacionada con los aspectos que, a nuestro entender, están más relacionados con el fenómeno de los malos tratos a las personas mayores. La familia con sus transformaciones tanto estructurales como funcionales, las políticas sociales tan fundamentales para el desarrollo de estructuras y los mecanismos de soporte. El factor de la dependencia, muy debatido en estos momentos en nuestro país y que condiciona que las personas mayores puedan ser atendidos con los medios necesarios y que permitan eliminar los factores de riesgo de maltrato.

También haremos un repaso de los derechos y los deberes de las personas mayores y las recomendaciones que hacen organismos relevantes a nivel mundial, sobre la forma de actuar ante situaciones de violencia y maltrato hacia los mayores.

Para finalizar este capítulo, se ha estimado oportuno incluir los aspectos éticos que consideramos necesarios para abordar este fenómeno del maltrato a los mayores.

Capítulo 2.- Descripción del problema

A partir de una exhaustiva revisión de la bibliografía disponible, se ha conceptualizado y definido tanto el concepto de maltrato hacia las personas mayores como, también,

las diversas tipologías, los indicadores, los factores de riesgo y los ámbitos dónde se pueden llevar a cabo dichos malos tratos.

No existe un perfil típico de persona mayor víctima de maltrato, no obstante, después de varios estudios, la literatura actual nos presenta una descripción de las características más relevantes, tanto de la víctima del maltrato como de la persona que puede ocasionarlo y la interacción entre ambos.

Capítulo 3.- Comprensión teórica

Aun que no hay literatura novedosa y reciente respecto la comprensión teórica de los malos tratos hacia las personas mayores, creemos que solamente a través un estudio de incidencia o prevalencia se pueden examinar las causas del fenómeno.

Se estima importante por ello dedicar un espacio para explicar las cuatro perspectivas teóricas que aunque provienen de otras disciplinas y ámbitos de estudio, con algunas transferencias y adecuaciones son perfectamente aplicables al estudio de la violencia hacia las personas mayores.

Capítulo 4.- Realidad del problema

Los malos tratos a las personas mayores es una realidad que afecta a muchas personas en todo el mundo. En nuestra investigación bibliográfica, concretamente de los estudios llevados a cabo en distintos países, se ha podido observar que la prevalencia del maltrato hacia las personas mayores se perpetra y localiza entre un 3 y un 5% de los casos en el ámbito familiar y un 10% en el institucional.

La intención de este capítulo es presentar los estudios existentes a nivel internacional, sus resultados y las consecuencias que pueden ocasionar estas situaciones a las persona mayores.

También relacionamos e introducimos las organizaciones que a nivel internacional y nacional se han configurado para actuar en la lucha contra este tipo de violencia.

Capítulo 5.- La detección

La detección e identificación de un caso constituye una tarea extremadamente compleja y manifiestamente difícil. A menudo se complica por la negación, tanto de la víctima como por parte de la persona que causa el daño. El porqué del silencio de las víctimas es un factor importante a analizar. En la última década se han elaborado instrumentos que permiten identificar y reconocer situaciones de maltrato daremos cuenta de ello. En nuestro entorno social no tenemos una cultura de la detección de los malos tratos a las personas mayores. Por ello, se hace un repaso de los instrumentos de valoración disponibles con cuya aplicación se pueda detectar la

existencia de maltrato, ya sea a nivel de salud, ambiental, familiar, como de calidad de vida.

Capítulo 6.- El marco jurídico

La perpetración de malos tratos a las personas mayores incurre en los supuestos perseguibles según nuestro ordenamiento jurídico. Conocer la legislación es absolutamente necesario para identificar y aplicar las posibilidades de respuesta en los casos precisos. Se ofrece una visión amplia de todas las disposiciones legales y de defensa de los derechos que existen actualmente en nuestro país tanto en el derecho civil como penal y administrativo,

Capítulo 7.- La prevención y la evaluación

El contenido que se menciona en este capítulo está centrado en examinar una serie de estrategias centradas en la prevención y en la evaluación.

Consideramos que las medidas de educación y sensibilización son elementos muy críticos para una aproximación social al tema de los malos tratos. No se debe pretender solamente proporcionar nuevos conocimientos, sino modificar actitudes, comportamientos y valores. Por este motivo, se considera que la educación es una estrategia de prevención fundamental y exponemos en este capítulo un posible marco para su desarrollo y divulgación.

Una vez detectada la situación de maltrato se lleva a cabo un proceso de evaluación, mediante instrumentos adecuados, del estado de la víctima, de la persona que ha cometido el maltrato, del contexto familiar y ambiental, así como del cuidador.

Desarrollamos de manera exhaustiva los medios que, puestos a disposición de un profesional, permiten llegar a determinar la tipología de las diversas situaciones de maltrato, tanto en el ámbito familiar como institucional.

Capítulo 8. La intervención

El presente capítulo da paso a la intervención, a la toma de decisiones de cómo y cuándo se ha de actuar en favor de la víctima, sin dejar de lado la acción necesaria para atender a la persona que comete el maltrato. Se implica en esta tarea al equipo interdisciplinar y se da un repaso a los protocolos de intervención existentes, apuntando diversas estrategias para el abordaje.

Un apartado específico se ocupa del desarrollo de todos los recursos, tanto del sistema de servicios sociales como de la salud, los sociosanitarios y los jurídicos, que se pueden aplicar.

Capítulo 9. El estudio empírico

Es fundamental reconocer el problema y disponer de definiciones y tipologías consensuadas respecto a lo que entendemos por maltrato y todo lo que ello conlleva. Por otra parte consideramos que se ha de hacer un gran esfuerzo para poder, poco a poco, acumular información y datos empíricos para afrontar las situaciones de maltrato con intervenciones eficaces

Sabemos que aspecto relevante para la prevención de los malos tratos es conocer cuáles son y qué papel juegan los factores de riesgo. Entre los factores de riesgo que se considera que inciden mayormente en las situaciones de malos tratos a personas mayores, destacamos los que tienen relación con la víctima, con la persona que comete el maltrato, con aquellos que provienen del contexto social y los que se generan a partir de las normas culturales y tradicionales. El estudio y el conocimiento de todos ellos, así como su interacción, nos permitirá elaborar programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, evitando de esta forma posibles situaciones de malos tratos.

Exponemos en este capítulo los objetivos y las hipótesis, así como el método seguido y todas sus características más específicas referentes al estudio efectuado. Como en todo estudio empírico, la complejidad del mismo es obvia, en este caso concreto ha sido por la falta de información y de sensibilización respecto al concepto de los malos tratos infringidos a las personas mayores. Otra gran limitación ha sido la amplitud y magnitud del problema; la determinación y acción de acotar ha sido un proceso sumamente costoso.

También, ha resultado difícil y ha requerido de grandes esfuerzos a lo largo de varios años el hecho de obtener la muestra adecuada, es decir, poder disponer para el estudio casos de situaciones de maltrato en personas mayores. Este aspecto ha supuesto establecer muchos contactos con profesionales de primera línea, dedicados a los servicios sociales y a la salud principalmente, así como horas de negociación con las instituciones implicadas.

Una parte importante del capítulo se centra en la exposición de los resultados tanto cuantitativos como cualitativos, estos últimos mediante un análisis de contenido

Capítulo 10.- Discusión y conclusiones

En este capítulo exponemos la discusión elaborada teniendo en consideración la integración de toda la información obtenida, por un lado los capítulos que nos proporcionan la base teórica, por otro los datos cuantitativos y finalmente el análisis de contenido. Con todo ello hemos desgranado, relacionado y fusionado todas las argumentaciones que nos han sido posibles, para finalmente aportar las conclusiones finales.

Se sugieren, por último, una serie de vías o líneas para futuras investigaciones, que no han sido abordadas en este trabajo dada la amplitud de posibilidades existentes y la necesidad de acotar el espacio documental y temporal de esta tesis.

El contenido descrito en los distintos capítulos de la tesis constituye el hilo conductor de la metodología de trabajo que describimos a continuación.

Revisión bibliográfica de malos tratos a las personas mayores

Las fuentes de información que hemos consultado y utilizado para el estudio han sido:

- Bases de datos bibliográficos cuando contienen referencias de documentos (títulos, autores, resúmenes, palabras clave y otras).
- Bases de datos textuales que contienen el texto íntegro de la fuente que sea, un libro, un artículo o un informe.
- Bases de datos mixtas, que contienen ambos documentos en uno u otro formato.
- Otras bases de datos, que podemos denominar especiales, son información que se extrae de la propia red de contactos personales, bien sean profesionales de centros y servicios o bien de las propias personas mayores.

La recuperación de la información se ha llevado a cabo mediante búsqueda bibliográfica en las fuentes que recopilan y extractan estas informaciones, por Internet o en las diferentes bibliotecas visitadas tanto nacionales como internacionales.

Se ha desarrollado también una investigación a partir de la revisión bibliográfica, haciendo una valoración crítica de los trabajos publicados y un repaso de la literatura sobre los malos tratos a las personas mayores. Con esta finalidad se han analizado los instrumentos utilizados desde los años 70 en que aparece en Inglaterra el primer artículo sobre violencia hacia las personas mayores (Granny Battered).

Se han estudiado:

- Los diferentes instrumentos hallados, como protocolos de actuación, guías y procedimientos.
- Las condiciones de aplicación, ya sea en una institución o en el ámbito domiciliario.
- Las condiciones físicas y mentales de los implicados.
- Las circunstancias del entorno que afectan a la situación de maltrato, entre otras la vivienda, la situación ambiental, los factores socio económicos y las relaciones familiares y sociales.
- Los recursos y metodologías que se utilizan para intervenir en situaciones de malos tratos hacia los ancianos.

El tipo de documentos que se ha prospeccionado han sido artículos originales, revisiones sistemáticas, guías, resúmenes de artículos, libros, monografías, tesis doctorales y ponencias en jornadas y congresos.

Las áreas en las que se ha centrado nuestro estudio han sido: la psicológica, la social, la jurídica y la médica.

Las bases de datos

Para el presente trabajo se han revisado diversas bases de datos informatizados y especializados de ámbito internacional:

- a) Se han consultado las bases de datos más relevantes sobre los malos tratos a las personas mayores de Estados Unidos que dependen de la U.S. Administration on Aging y que están adscritas a la Universidad de Delaware: *Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE-UD)*.

Se accede mediante la Web: www.elderabusecenter.org

- b) Otra fuente de datos ha sido la canadiense *National Clearinghouse on Family Violence*, que depende del Ministerio de la Salud de Canadá.

Se accede mediante la Web: www.hc-c.gc.ca/hppb/familyviolence/html

- c) La Organización Mundial de la Salud (OMS) dispone de un servicio de información denominado *WHOSIS (WHO Statistical Information System)*. Es una base de datos sobre el actual estado de salud a nivel mundial donde quedan reflejados informes sobre la violencia y más concretamente sobre la violencia doméstica contra las personas mayores.

La página Web de contacto es: www.who.ch/whosis

- d) Asimismo, la Comisión Europea dispone de la *Community Research and Development Information System (CORDIS)*, que se trata de una base de datos interdisciplinaria sobre investigación y desarrollo comunitario.

La Web es: www.cordis.lu

- e) Se ha consultado el buscador biomédico Medline, a través de PubMed. Se ha escogido éste porque en la actualidad es el que tiene más difusión, está más actualizado y tiene un gran impacto en el mundo científico y gran prestigio entre los profesionales.

En su índice cuenta con más de 3.600 títulos de revistas biomédicas de todo el mundo seleccionadas con criterios científicos. El 87% de la información es en lengua inglesa, el 17% utiliza otras lenguas, entre ellas el castellano. Para la búsqueda se ha utilizado el término "elder abuse" o también "elder abuse and neglect". Para evitar la pérdida de información fuera del mundo anglosajón se han llevado a cabo búsquedas en las bases de datos con el buscador Medline en lengua alemana utilizando el término "Gewalt gegen Ältere"

- f) Se ha explorado la base de datos GeroLit especializada en gerontología social. Dispone de más de 18.000 títulos y 130 revistas en lengua alemana. Pertenece al Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) que es un instituto dedicado a la investigación y la documentación científica y cuyo objetivo es ampliar, recopilar, evaluar y difundir los conocimientos sobre las situaciones vitales de las personas mayores. Es una organización financiada por el Ministerio Federal (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen and Jugend) y el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Mujeres de Berlín.

Se accede mediante la Web: www.dza.de

- g) Como palabras clave en lengua francesa se ha utilizado “mauvais traitements contre les personnes âgées”, “maltraitance des personnes âgées”. En lengua española “malos tratos a ancianos”.

Una vez seleccionados los artículos, fueron estudiados y clasificados por áreas de investigación, de detección, de prevención y de intervención.

La Bibliografía

Se mencionan todos los referentes bibliográficos utilizados en la elaboración de esta tesis, siguiendo las recomendaciones de la American Psychological Association (APA).

Ante la carencia de bibliografía nacional, se ha consultado bibliografía procedente principalmente de autores canadienses, estadounidenses y anglosajones. También una representación, aunque escasa, de autores alemanes, franceses y españoles.

CAPÍTULO 1

Introducción al fenómeno de los malos tratos a las personas mayores

- 1.1.- Transformaciones sociales que generan nuevas necesidades sociales**
 - 1.1.1.- De un modelo de familia tradicional a la pluralidad de familias**
 - 1.1.2.- Las políticas de soporte a la familia y los Servicios Sociales**
 - 1.1.3.- La conciliación de la vida laboral, escolar y familiar**
 - 1.1.4.- La violencia (familiar, institucional y comunitaria)**
- 1.2.- Los Servicios Sociales y la situación de dependencia**
 - 1.2.1.- Envejecimiento demográfico**
 - 1.2.2.- Envejecimiento activo**
 - 1.2.3.- Hacerse mayor, volverse dependiente.**
 - 1.2.4.- Las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes**
 - 1.2.5.- La atención informal**
- 1.3.- Los derechos y deberes de las personas mayores**
- 1.4.- Recomendaciones de organizaciones internacionales y nacionales para abordar el derecho a no sufrir los malos tratos**
- 1.5.- Aspectos éticos**
 - 1.5.1.- Principios básicos de ética aplicados a las personas mayores**

1.1.- Transformaciones sociales que generan nuevas necesidades Sociales

Pretendemos orientar en este capítulo la discusión hacia aquellos temas que están centrados en la política social y económica y, por supuesto, en todo el contexto de los Servicios Sociales, los cuales generan en estos momentos gran debate y controversia en nuestro país.

Los cambios que está experimentando nuestra sociedad a nivel sociodemográfico, económico y cultural por fenómenos relacionados con la globalización entre otros, no están siendo seguidos al mismo ritmo por cambios y evolución en nuestro Estado de Bienestar para poder dar respuesta a estas transformaciones sociales. Si consideramos que el Estado de Bienestar constituye uno de los logros más importantes del siglo XX por la consecución de valores como la igualdad, la cohesión y la justicia social, no podemos dejar de dar respuesta a los nuevos retos que se plantean en nuestra sociedad en este siglo XXI que está empezando.

La incorporación masiva de la mujer al mundo laboral, el envejecimiento de la población, el descenso de la natalidad, el cambio en las relaciones laborales, el incremento de la individualización de los derechos, son fenómenos que se encuentran en la base de las dinámicas de cambio que se viven intensamente en la familia. Es por este motivo que iniciamos este capítulo con un breve apunte sobre la evolución familia y su papel en la sociedad.

1.1.1.- De un modelo de familia tradicional a la pluralidad de familias

La familia constituye la institución básica de comunicación. El cambio en la estructura familiar es en la actualidad uno de los puntos más relevantes en los debates políticos nacionales e internacionales.

La vida familiar en España, tal como ocurre en los demás países occidentales, se encuentra inmersa en un profundo proceso de cambio. La familia nuclear fundamentada en el matrimonio entre hombre y mujer, debe cohabitar con otras realidades convivenciales y adaptarse a nuevas normas legales, como el matrimonio entre homosexuales.

En nuestro país ha sido frecuente la convivencia de tres generaciones en un mismo hogar o la convivencia con otros parientes ajenos al núcleo conyugal. La solidaridad familiar continúa representando un papel muy importante. ¿Quiénes son los principales beneficiarios de esta solidaridad?. Sin duda los jóvenes adultos antes de iniciar su biografía familiar. Los jóvenes que no tienen recursos para emanciparse. Los mayores que ya no pueden vivir solos.

También debemos recordar que es un momento de cambio de valores. El valor de seguridad que proporcionaba al abuelo o al padre el hecho de tener un trabajo para toda la vida, ha cambiado. Han surgido otros valores como el del consumo y medio ambiente entre otros.

Una característica relevante según las conclusiones del Informe sobre la Situación de la Familia en Catalunya (Flaquer, LL. 2002) es que uno de cada diez niños catalanes vive en el seno de una familia monoparental, formada únicamente por el padre o la madre. Las familias formadas por un único cónyuge han aumentado en los últimos años a causa del mayor número de divorcios y separaciones. La presencia de familias monoparentales en Cataluña es mucho mayor que en el resto de España. En el territorio nacional uno de cada 20 niños vivía sólo con el padre o la madre en 1996. La situación catalana se aproxima más a la situación de Europa, donde uno de cada cuatro menores de 18 años vive con uno de sus padres únicamente. La explicación de esta tendencia se halla en el mayor número de divorcios y de rotura de parejas de hecho. Asimismo, la incorporación de la mujer al mundo laboral ha provocado un mayor número de divorcios, al facilitar el acceso a la propia independencia económica.

Todos estos elementos son parte de los parámetros básicos y necesarios para poder plantear y proyectar las líneas estratégicas de las futuras políticas familiares.

1.1.2.- Las políticas de soporte a la familia y los Servicios Sociales

La Constitución Española (1978,) en su artículo 39.1 recomienda a los poderes públicos asegurar la "protección social, económica y jurídica de la familia" . Asimismo, la Constitución faculta a las Comunidades Autónomas para asumir competencias en la materia de Asistencia Social, que son ejercidas mediante las leyes de Servicios Sociales.

A pesar de este artículo de la Constitución, en nuestro país existe un déficit muy grave de políticas familiares y esta carencia tiene costes humanos, sociales y económicos muy preocupantes, especialmente para cubrir las necesidades de las mujeres, los niños, los mayores dependientes y las personas con discapacidad.

Entendemos por políticas familiares aquellas medidas públicas de soporte y atención a las familias.

En el año 2001 el Gobierno de España aprobó un Plan Integral de Ayuda a la Familia (2001-2004), cuyos objetivos son incrementar la calidad de vida de las familias españolas, fomentar la solidaridad intergeneracional, apoyar a la familia como garante de la cohesión social y fomentar las medidas a favor de las familias en situación de riesgo social y otras situaciones especiales.

A nivel autonómico, podemos decir que en Cataluña las políticas familiares iniciaron su singladura en el año 1993 con la aprobación del Plan Integral de soporte a las familias. Posteriormente, en el 2000 se creó la Secretaría de la Familia y en el 2003 el Departament de Benestar Social modificó su denominación, pasando a llamarse Departament de Benestar i Família. Una de las más recientes acciones de este departamento ha sido la de poner en marcha el programa denominado "Servei d'Atenció Familiar" (SAF), con la finalidad de recoger las inquietudes de las familias y actuar para darles soporte. El objetivo primordial es potenciar el papel de las familias como educadoras y transmisoras de valores tanto humanos como cívicos. Ofrece también atención, orientación, asesoramiento, soporte e información a todas las familias que lo soliciten.

No obstante, a pesar de estas tentativas de soporte a las familias, éstas se encuentran todavía con pocos dispositivos, bien sean servicios sociales o establecimientos sociales, para hacer frente a nuevas necesidades emergentes, como puede ser la atención a las personas mayores en situación de dependencia. España es el país de Europa que dedica menos presupuesto dirigido a la protección a la familia. Estamos situados en el penúltimo lugar de la Unión Europea.

1.1.3.- La conciliación de la vida laboral, escolar y familiar

Recientemente han surgido nuevas demandas sociales con propuestas para mejorar la calidad de vida familiar. Se reclama un cambio de horarios para conciliar la familia, por darse un reparto de tiempo desigual entre trabajo, escuela y familia y el sobre esfuerzo exigido a las mujeres. Sólo un cambio radical en los horarios que rigen usualmente en empresas y escuelas permitiría a los trabajadores disponer del tiempo necesario para educar a sus hijos en familia o para alcanzar satisfacción en su vida personal. No obstante, para conseguir que la familia gane espacio en esta nueva "cultura de la distribución del tiempo" se hacen necesarias, entre otras medidas, más permisos, años sabáticos, flexibilidad horaria y guarderías. Un gran avance sería adaptar los propios horarios laborales al uso europeo, con una corta pausa para comer, salida a las cinco de la tarde y una mentalidad basada en la eficacia y no en la presencia física durante horas en el lugar de trabajo.

Los problemas de horario castigan especialmente a las mujeres y están en el núcleo mismo de la desigualdad de género. se pone de manifiesto una flagrante desigualdad entre hombres y mujeres, tanto en el acceso al mundo laboral como en la asunción de las responsabilidades domésticas, en especial el cuidado de los niños y de los ancianos. El resultado es que la madre trabajadora vive sobrecargada de obligaciones.

En este sentido, se propone reforzar la incorporación igualitaria de hombre y mujer a las actividades domésticas y al cuidado de menores, discapacitados y personas mayores, pero no se especifican ni las medidas ni medios de cómo poder realizarlo. Todavía hoy los diversos sistemas de protección social apenas contemplan alternativas para contribuir a superar estas situaciones. Se hace del todo necesario una actuación urgente de las administraciones públicas en este campo.

Los expertos piden a las empresas más flexibilidad horaria y más trabajo a tiempo parcial. También que la política de la empresa sea de igualdad salarial, para que las parejas puedan elegir quién se ocupa de cuidar a la familia sin que la presión económica condicione que la elección recaiga casi siempre y no sólo por motivos culturales, en la mujer.

1.1.4.- La violencia (familiar, institucional y comunitaria)

La violencia, como fenómeno humano universal, se halla ampliamente extendida y se desarrolla en todos los ámbitos de la actividad humana, manifestándose de formas muy diversas. Hace sólo cincuenta años, raramente se disponía de información acerca de situaciones de violencia próxima a nosotros, familiar, vecinal o local. En alguna ocasión llegaban referencias de algún caso lejano y aislado. Actualmente la violencia está presente a nuestro alrededor, en nuestras casas, de una forma brutal y nos llega sin filtros a través de los medios de comunicación, pero no menospreciamos que existe un tipo de violencia invisible, aquella que en nombre del respeto a la vida privada se oculta. La violencia en la familia continúa siendo un tema tabú y en otros casos la rutina cotidiana de una atención personal inadecuada deja de ser considerada como un maltrato.

El artículo 18 de la Constitución, en su apartado 2, dice textualmente: "*El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito.*" Y este artículo se halla ubicado dentro del capítulo segundo (derechos y libertades) del título primero (de los derechos y deberes fundamentales) de la Constitución. Pero esta libertad constitucional de la inviolabilidad del domicilio o del hogar, sin pretenderlo, está ayudando a que muchas personas sean maltratadas por sus familiares, mientras sus vecinos o familiares se amparan en la "impunidad del hogar" para tranquilizar su conciencia y evitar la denuncia de actos que pueden ser delito.

En las sociedades democráticas, una de las formas de generar violencia es silenciarla y consentir que se mantengan constantes modelos inadecuados.

Generalmente la sociedad tiene una reacción insolidaria respecto este tema por el hecho de minimizar las consecuencias que se derivan de él. A partir de que una actitud que desde fuera se puede considerar como agresiva, es algo cotidiano que

formar parte de la vida intrafamiliar habitual, por frecuente se normaliza. Hay familias en que la violencia constituye parte de su estilo de vida. La violencia es un lenguaje que se transmite de generación en generación. Sirva como ejemplo el testimonio de una adolescente que era maltratada físicamente por su padre y aceptaba la agresión pensando que éstas eran conductas normales de los padres respecto a sus hijos.

No todas las personas dan el mismo valor a las mismas cosas y este es uno de los motivos por los cuales el tema de la violencia intrafamiliar que estamos tratando, es tan complejo y difícil de objetivar, estudiar y evaluar.

1.2.- Los Servicios Sociales y la situación de dependencia

La dependencia es un fenómeno emergente en nuestra sociedad. Desde 1999, como afirma Rodríguez Cabrero (2000), se ha iniciado en España un gran debate entre los expertos y los responsables del bienestar social acerca de la naturaleza, las causas, los impactos sociales y las consecuencias políticas de la dependencia.

1.2.1.- Envejecimiento demográfico

El siglo XIX se caracterizó, desde el punto de vista demográfico, por la alta natalidad y también mortalidad; el siglo XX ha sido el período de finalización de la transición demográfica, de la revolución de la longevidad y del envejecimiento; el siglo XXI será el siglo en que se pueda hacer compatible la longevidad con la autonomía personal, en un escenario de familias más pequeñas, con mayor presencia de la soledad y de la dependencia.

Del Informe de Sodexo Alliance (2003) se desprende que para el 2025 el índice de personas mayores de 65 años será de hasta un 66,3% y en España, concretamente, será del 21,%, pasando de los 7 millones actuales a cerca de 8,5 millones de personas. Representará por lo tanto, casi una cuarta parte de la población española (23,1%).

A continuación exponemos las proyecciones de la estructura por grupos de edad de la población española desde el año 1991 hasta el año 2026.

Tabla nº 1. Proyecciones de la estructura por grandes grupos de edad de la Población Española, 1991-2026

PROYECCIONES DE LA ESTRUCTURA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA, 1991-2026							
AÑO	Menos de 16		16 a 64		65 y más		TOTAL
	número	%	número	%	número	%	
1991	7.969.600	20,5	25.497.521	65,4	5.497.956	14,1	38.965.077
1996	6.764.315	17,2	26.310.021	66,9	6.234.148	15,9	39.308.484
2001	6.414.627	15,7	27.598.911	67,4	6.950.706	17,0	40.964.244
2006	6.883.005	15,6	29.707.832	67,5	7.404.260	16,8	43.995.097
2011	7.397.841	16,1	30.573.406	66,4	8.084.582	17,6	46.055.829
2016	7.813.301	16,4	31.109.452	65,1	8.857.956	18,5	47.780.709
2021	7.763.750	15,8	31.695.868	64,4	9.720.075	19,8	49.179.693
2026	7.443.232	14,8	31.967.404	63,6	10.876.681	21,6	50.287.317

Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de población del INE

El gran problema de las personas mayores es la pérdida de autonomía. El envejecimiento de la población coincide con una más larga esperanza de vida, que a los 65 años tiene ante sí una perspectiva de 14 años más sin discapacidades. Pero muchos las padecen antes, debido a dolencias crónicas.

La mayoría de las personas con dependencia sólo cuenta con la ayuda familiar. Esto coloca en una situación frágil a quienes viven solos.

1.2.2.- Envejecimiento activo

Si se quiere hacer que el envejecimiento sea una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección. La Organización Mundial de la Salud utiliza el término "envejecimiento activo" para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

"El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez".

El término “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales del siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores y sectores, además de la mera atención sanitaria, que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones. Otros organismos internacionales, círculos académicos y grupos gubernamentales (entre los que se incluyen el G8, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico(OCDE), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión de las Comunidades Europeas) están usando también el término “envejecimiento activo”, principalmente para expresar la idea de una implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo, es decir en actividades socialmente productivas y en un trabajo gratificante. Las personas mayores que estén enfermas o tengan limitaciones físicas como consecuencia de discapacidades pueden seguir colaborando activamente con sus familias, sus semejantes, en el ámbito comunitario y nacional. Mantener la autonomía, la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria, es un objetivo primordial tanto para las personas como para los responsables políticos.

Las políticas y los programas para el envejecimiento activo defienden tanto una perspectiva del ciclo vital como la solidaridad intergeneracional. Los niños de hoy son los abuelos del mañana. La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de las limitaciones y oportunidades que tengan en los primeros años de su vida. Ellos y sus nietos están explícitamente vinculados a un contrato social de interdependencia entre generaciones.

Hay buenas razones económicas para poner en vigor políticas y programas que fomenten el envejecimiento activo, por lo que se refiere al aumento de la productividad y a menores costes de servicios sociosanitarios.

Para fomentar el envejecimiento activo es necesario que las políticas y los programas sanitarios vayan dirigidos a que:

- Reduzcan la carga de discapacidades excesivas, sobre todo en las poblaciones pobres y marginales
- Disminuyan los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumenten los factores que protegen la salud y el bienestar durante el ciclo vital

- Desarrollen sistemas de atención primaria que destaquen la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la provisión de cuidados rentables, equitativos y dignos a largo plazo
- Respalden a otros sectores (como la educación, la vivienda y el empleo) y colaboren con ellos para efectuar cambios positivos en los amplios determinantes del envejecimiento activo y saludable (que se trata en la sección siguiente).

1.2.3.- Hacerse mayor, volverse dependiente

Se define dependencia como: *“estado en el que se encuentran las personas que por razones de falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y ayuda importante para realizar las actividades de la vida diaria y de modo particular, las referentes al cuidado persona”*. Dichas actividades son: vestirse, asearse, desplazarse, alimentarse, bañarse y mantener un adecuado nivel de continencia.

La progresiva sensibilización de los sectores implicados y la inclusión de la perspectiva de las necesidades de las personas con discapacidad en el abordaje y conceptualización de la dependencia, ha enriquecido sustancialmente los fundamentos de la misma y ha supuesto grandes avances en la calidad de vida de las personas afectadas. Lo que antes denominábamos las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), se ha ampliado a otras actividades esenciales como pueden ser, entre otras, el ocio y la cultura.

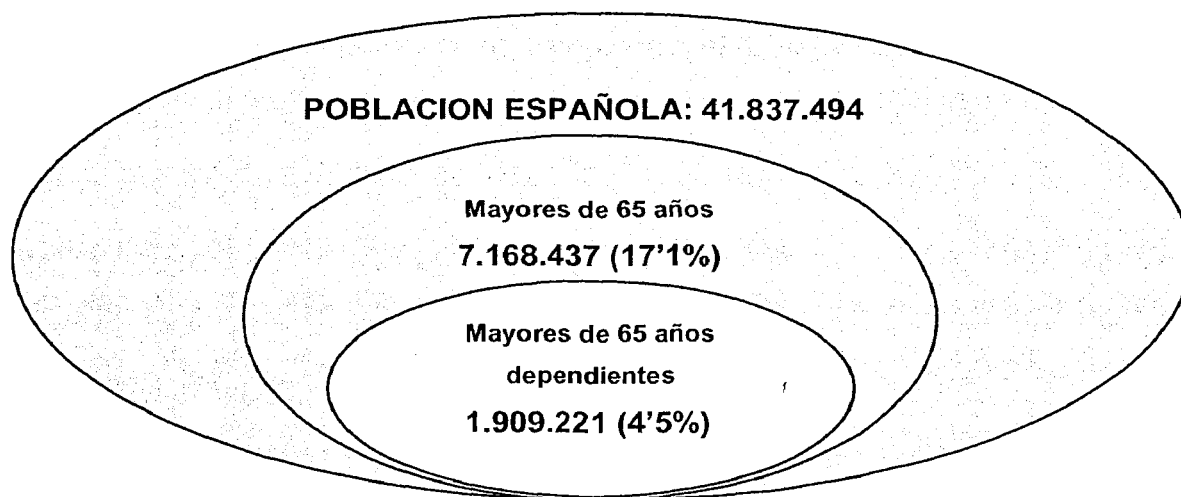
La dependencia es una característica normal en todo individuo que vive en sociedad, pero no toma su carácter definitivo hasta que no se impone la ayuda necesaria de otra persona sistemáticamente.

Aunque son las mujeres las que la soportan en mayor número, la feminidad de la dependencia es una consecuencia de la edad, la viudedad y la soledad, más que un efecto de la propia condición femenina, aunque ésta puede empeorar la gravedad de la situación. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, que en demasiadas ocasiones es una mayor duración de la vida con mala salud; consecuentemente, son ellas las que sufren durante más años la dependencia.

En tan sólo quince años, la dependencia ha pasado de ser un fenómeno que afectaba a un porcentaje importante pero minoritario de la población de edad avanzada, a representar una situación generalizada que afecta a la gran mayoría de los ancianos.

Presentamos algunos datos demográficos correspondientes al año 2003.

Gráfico nº 1. La atención a las personas dependientes: Datos demográficos 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Comisión para el estudio de la dependencia, INE, IMSERSO, SEGG, Eulen y Astra Zeneca

Las necesidades de asistencia pública en la vejez aumentan de forma proporcional conforme disminuye el nivel de renta. Resulta muy preocupante comprobar que los segmentos sociales más necesitados de ayuda son aquellos que menos se la pueden proporcionar por mecanismos de mercado y que, probablemente, menos se podrán hacer oír en aras de la reivindicación de una cobertura pública de la dependencia.

La dependencia es también un riesgo social. Aquello que las personas perciben como estado de salud refleja, además del estado físico actual, la presencia de fuertes y poderosos componentes sociales. En los casos de escasa disponibilidad de recursos educativos, el mayor ha de desenvolverse en un medio que se le vuelve cada vez más incomprensible; sus escasos recursos económicos limitan las posibilidades del propio individuo para afrontar y superar sus limitaciones, al mismo tiempo que la falta de recursos sociales le aísla y margina. Sus estrategias de acción son mínimas (cambio residencial, recursos formales e informales) incluso en muchas ocasiones sus

demandas no se exteriorizan y al no llegar a los dispositivos apropiados, permanecen invisibles para la sociedad.

1.2.4.- Las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes

En todas las sociedades han existido personas mayores que han necesitado de la ayuda de otras personas para poder desarrollar las actividades de la vida diaria. No obstante, desde la mitad del siglo XX la forma cómo se ha ido dando respuesta a estas necesidades de atención en los países desarrollados ha experimentado cambios importantes.

Hasta bien entrado el siglo XX, los familiares fueron y siguen siendo los principales responsables de asumir la tarea del cuidado asistencial de sus miembros. El debate en nuestro país sobre quién, cómo, cuándo y de qué forma debe ser atendida la situación de dependencia, está abierto y las soluciones surgen a nivel teórico pero lamentablemente no se han puesto en práctica.

La administración pública deberá crecer como proveedora de servicios para la dependencia, garantizando el acceso a los mismos para amplios sectores de población.

Se ha de promover la ayuda domiciliaria, puesto que permite que los mayores no tengan que separarse de su entorno físico y afectivo inmediato. Iniciativas pioneras de algunas administraciones locales han extendido el Servicio de Ayuda a Domicilio a una cobertura universal, estableciendo cuotas de copago progresivas en función del nivel de renta de los usuarios. Por otra parte, el servicio de teleasistencia aporta seguridad y tranquilidad, sobre todo para personas mayores que viven solas, siendo uno de los servicios más económicos y mejor valorados por los mismos. Los programas de adaptaciones de la vivienda podrían mejorar notablemente la calidad de vida de muchos mayores.

Uno de los grandes inconvenientes en la prestación de servicios para la dependencia es el de su fragmentación, entendida como la diversidad del contenido de sus prestaciones (sanitarias, sociosanitarias, económicas, sociales,...) y la diversidad de su

naturaleza jurídica (públicos, privados de iniciativa social o privados de iniciativa mercantil...).

Gran parte de las personas mayores dependientes en nuestro país están atendidos por empleadas del hogar. Este servicio doméstico, en buena parte nutrido por flujos inmigratorios, se irá incrementando y merecería una mayor atención, muy especialmente en cuanto a los recursos formativos se refiere. Si bien el cuidado implica una complejidad profesional extraordinaria, parece existir una cierta inercia hacia la invisibilidad de estas prácticas, como si surgiesen de la espontaneidad y no requiriesen conocimientos especializados. Las consecuencias de esta situación las sufren los ancianos necesitados de ayuda. Es preciso pensar seriamente en las necesidades formativas de un colectivo profesional que se está haciendo cargo de forma creciente del cuidado de la dependencia en la vejez.

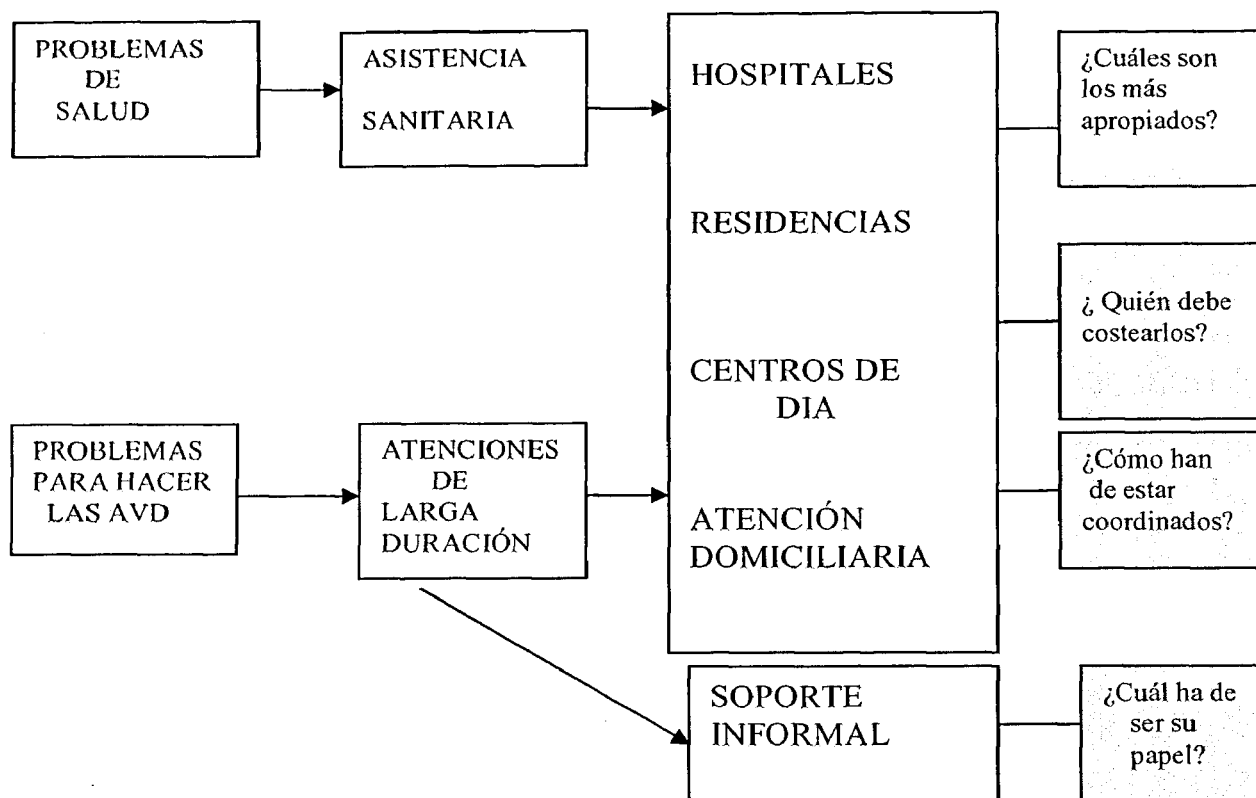
Asumiendo que los cuidados de las personas mayores dependientes están cubiertos por la familia, al considerar a los denominados cuidadores informales debemos preguntarnos: ¿Con qué medios y alternativas se cuentan para poder ayudar a los que ayudan?. He aquí el enunciado de algunos de los interrogantes suscitados:

INTERROGANTES

- ¿Qué modelo de atención a los mayores dependientes queremos definir?
- ¿Qué tipología de recursos deben potenciarse en el futuro?
- ¿Qué grupos de personas dependientes merecen una especial atención?
- ¿Cómo se distribuye la financiación de los servicios?
- ¿Cuál es el presupuesto asumible?

En este punto, cabe recordar una de las grandes incongruencias que afectan a la normativa asistencial en nuestro país: que la situación y prestaciones de gran invalidez no las pueden solicitar los jubilados mayores de 65 años, debiendo recurrir en caso necesario a otro tipo de ayudas o prestaciones.

Gráfico nº 2. Problemática, necesidades, servicios e interrogantes



Fuente: Casado, D., López G. (2001). *Estudio sobre vejez, dependencia y atenciones de larga duración*. Barcelona: Fundación La Caixa .

A la vista de este esquema, cabe plantearse diversas cuestiones. Por ejemplo, cuál es la importancia de la coordinación entre los dos sistemas de protección social, el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema de Salud. Sabemos que las diferencias de objetivos y criterios entre ambos son abismales y que la coordinación es sumamente compleja, aunque necesaria.

También el rol que desarrollan los cuidadores familiares, con su carga moral, psicológica, a veces falta de preparación y, por tanto, de estrategias para atender a las personas adecuadamente y finalmente, cómo afrontar las situaciones de agotamiento generadores de estrés.

Tabla nº 2. Recursos existentes para las personas mayores. Ámbito estatal
(2002)

RECURSO	CONCEPTO Y NÚMERO DE PLAZAS
Estancias diurnas en Centros de Día	- Modelo en expansión y con gran aceptación. (18.639 plazas = 0'26%)
Estancias temporales o de respiro	- Tanto para los cuidadores familiares como para los propios mayores. (2.400 plazas)
Plazas Residenciales	- El 60% es oferta privada. (239.761 plazas = 3'3%)
Teleasistencia y Telealarma	- Aportan seguridad y ayuda inmediata a las personas que viven solas. (104.313 usuarios = 1'45%)
Viviendas tuteladas y unidades de convivencia.	- Dirigidas a personas con un nivel de dependencia leve. (3.350 plazas)
Acogimiento familiar. (Ley 11/2001 de 13 de julio, de acogimiento familiar para p. mayores)	- Es una alternativa escasamente desarrollada y utilizada. - No se dispone de datos estadísticos.
Atención Domiciliaria	- Permite que la persona reciba la atención social y sanitaria en su entorno comunitario. (197.306 usuarios = 2'75%).

Fuente: IMSERSO (2002).

Según los expertos, ésta estructura de servicios si fuera incentivada fiscalmente, podría convertirse en un importante sector económico y un gran yacimiento de generación de empleo que abarcaría en total a más de 300.000 personas.

En España, varias compañías ofertan un seguro especializado de dependencia, que se basa en la asistencia personalizada así como en la calidad del trato de sus profesionales. Además, posibilita la elección entre una prestación de servicios concertados o una indemnización económica mensual una vez que se presente la situación de dependencia.

1.2.5.- La atención informal

Las tendencias demográficas auguran una pronta reducción en la oferta de cuidadores informales. En la actualidad se está produciendo un fenómeno históricamente nuevo, la coexistencia de hasta cuatro generaciones de la misma familia viviendo al mismo tiempo, con un aumento de la carga demográfica sobre las generaciones intermedias y un descenso proporcional del potencial de respuesta a las demandas de asistencia.

Otro de los factores que reducirá el número de contactos entre miembros de la misma familia es la consecuencia espacial, ya que la proximidad de la propia vivienda a la residencia de un hijo, está directamente relacionada con la disponibilidad a obtener cuidados por parte de este hijo. La creciente movilidad geográfica de los miembros de una familia es una más de las transformaciones sufridas en el seno de ésta. Muchas redes familiares se han roto o debilitado, consecuencia de esta movilidad.

Las mujeres mayores desempeñan un papel relevante en el modelo de asistencia familiar. Pero estas mujeres fueron socializadas en la sumisión, el sacrificio, la entrega y la renuncia (Síndrome de la Abuela Esclava) que no es reproducible en las siguientes generaciones.

Pero a todos estos cambios hay que añadir el proceso que probablemente tendrá un mayor efecto sobre las posibilidades de sostenimiento de los cuidados familiares de la dependencia: la participación sostenida de las mujeres en el mercado laboral. Las hijas adultas mostrarán generación a generación una mayor inserción profesional que hará decrecer sustancialmente la oferta de cuidados personales en el sector informal. La drástica reducción de la oferta de cuidados informales que sufrirá la sociedad española en las próximas décadas aumentará la demanda a los servicios públicos y a los demás agentes sociales.

1.3.- Los derechos y deberes de las personas mayores

La persona de edad avanzada, como cualquier otra persona, es titular de derechos fundamentales garantizados por orden jurídico. La edad no es una enfermedad y en ningún caso deberá ser un criterio que justifique cualquier limitación de sus derechos. Los derechos humanos de las personas mayores no son reconocidos en muchos lugares del mundo. La plena inclusión de las personas mayores en la vida social y económica de sus respectivas sociedades, el aprovechamiento de sus capacidades y experiencias y la defensa de sus derechos ante cualquier tipo de discriminación, constituye una constante aspiración reivindicativa.

Pero además, la conquista social que está suponiendo el hecho de que muchos millones de personas lleguen a edades muy avanzadas, nos obliga a que determinados aspectos relacionados directamente con el envejecimiento de la población hayan de ser especialmente protegidos y respetados como derechos de las personas mayores.

Las mujeres mayores deben ser objeto de especial protección en la defensa de sus derechos. Padecen más carencias en múltiples aspectos: menos ingresos, más discapacidad, más soledad, menos acceso a la educación, a la cultura al ocio. Su participación en los procesos de toma de decisiones es muy escasa todavía.

Pero sobre todo, asumen las tareas de cuidado en el seno familiar, aun en edades avanzadas, constituyendo en la mayoría de los países del mundo la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad. Las consecuencias de las guerras, desordenes civiles y enfermedades como el VIH/SIDA, genera la existencia de millares de abuelas cuidadoras y madres sustitutas. La violación de sus derechos y las situaciones de violencia y abuso que padecen, se producen ante tres situaciones de discriminación: el género, la edad y la pobreza.

Las mujeres mayores de los países en desarrollo sufren especialmente los efectos de esta situación, agudizada por su mayor exclusión social por una vida de desigualdad de género, su mayor longevidad en comparación a los hombres y su soledad al ser en su mayoría viudas.

He aquí algunos de los antecedentes más cercanos:

- ✚ **Declaración universal de los derechos humanos** (ONU 1948). Fue la consagración de los derechos a nivel internacional y tuvo un carácter declarativo y no propiamente el de un pacto internacional vinculante para los países que lo suscribieron.
- ✚ **Convenio europeo para la protección de los derechos humanos** firmado en Roma en 1950, sólo vigente en el ámbito europeo. Se trata de un verdadero tratado internacional, en el cual se establecen obligaciones jurídicas para el estado que lo suscribe, por lo que debe integrarlo en sus competencias de derechos internos.

Los destinatarios de este convenio no son sólo los ciudadanos de los estados que lo han ratificado, sino que se extiende a cualquier persona que resida o que simplemente, se encuentre en el país.

- ✚ **Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato del anciano (1989).** Se reconoce que los ancianos han de tener los mismos derechos a la atención, al bienestar y al respeto que todos los demás seres humanos y que es responsabilidad de los médicos el proteger sus intereses físicos y psíquicos, así como velar para que reciban la atención necesaria.

Se reconoce también la obligación por parte de los médicos de identificar al anciano que pueda haber padecido malos tratos y que se le ha de proporcionar tratamiento por los daños sufridos. Especifica la obligatoriedad que tienen los médicos de informar de todos los casos de sospecha de malos tratos y que se trabaje mediante equipos multidisciplinarios.

- ✚ **Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (adoptados el 16 de diciembre de 1991 - Resolución 46/91).** Aunque el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 significó un gran acontecimiento, éste no llegó a ser un sentimiento vivo en los corazones y mentes de la mayoría de las personas mayores, ni llegó tampoco al público en general. Aún más, mientras que las Naciones Unidas a lo largo de los años enunciaban un número de leyes en defensa de los derechos humanos de determinados grupos, ninguna de éstas hablaba de la situación de las personas mayores. Entonces, la Federación Internacional de la Vejez (FIV), una entidad privada sin fines lucrativos, decidió redactar una *Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad* que pudiese llenar tan importante vacío. La Declaración se elaboró con la cooperación de varias organizaciones que representan o trabajan a favor de las personas mayores alrededor del mundo. Los *Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad*, se basan en su mayor parte en la Declaración de la FIV:

- *Independencia:* Las personas de edad deberán tener acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia. También deberán tener la oportunidad de trabajar y tener acceso a programas educativos.

- *Participación*: Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes. Deberán poder formar movimientos o asociaciones.
- *Cuidados*: Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y de la comunidad, tener acceso a servicios de atención de salud, acceso a servicios sociales y jurídicos. También deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales, tanto en su propio hogar como cuando residan en instituciones, así mismo respetar su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.
- *Autorrealización*: Las personas de edad deberán poder desarrollar las oportunidades y las propias potencialidades a partir del acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- *Dignidad*: Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos, psíquicos o de otro orden , así como recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones y han de ser valoradas independientemente de su situación económica.

Presentamos a continuación unos ejemplos ilustrativos de cómo, aunque a nuestro entender de forma muy lenta, se van configurando documentos relevantes que enmarcan los derechos de las personas mayores en las diferentes Comunidades Autónomas españolas:

- El Departament de Bienestar i Família de la Generalitat de Catalunya promulgó en el 2002 la Carta de Derechos y Deberes de las Personas Mayores como respuesta a las indicaciones y objetivos presentados por el Plan Estratégico de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. La Carta se construye entorno a los cinco principios temáticos propuestos por Naciones Unidas.
- Castilla y León fue una de las Comunidades pioneras en aprobar su ley de protección a las personas mayores (2003) por la que se regulan de forma

diferenciada los servicios, prestaciones y derechos de las personas mayores, en vez de incorporarlos indistintamente a una ley de servicios sociales.

- El 26 de septiembre de 2002 se constituyó en el Gobierno Vasco, la Comisión Sectorial de Mayores, órgano del Consejo de Bienestar Social. La Comisión está integrada por representantes de las administraciones, entidades sociales, colegios profesionales y sindicatos. La Comisión nace con el objeto de preservar los derechos que aseguren la plena pertenencia y participación de los mayores en la sociedad. Una de las primeras actividades de la Comisión fue aprobar un "Decálogo de derechos de las personas mayores", en consonancia con los preceptos estatutarios y constitucionales, así como con el contenido de diversos instrumentos internacionales, que regulará la prestación de futuros servicios para las personas mayores.

- El Consejo Asesor de las Personas Mayores de la ciudad de Barcelona elaboró un documento abierto de derechos y libertades para las personas mayores con dependencia (2002). Es un manifiesto para impulsar una cultura a favor de la autonomía y participación de los mayores con dependencia y también para reconocer la capacidad de decidir y escoger.

Un aspecto relevante en estos momentos y que surge de la creciente frecuencia de separaciones y divorcios, es la necesidad de preservar el derecho a mantener la relación entre abuelos y nietos. Por este motivo, tras varios años de gestión, se aprobó la nueva ley que protege la relación de los abuelos con los nietos en caso de ruptura matrimonial de los padres, también garantiza las visitas y dar prioridad a los abuelos si los padres pierden la custodia (Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de relaciones familiares de los nietos con los abuelos).

1.4.- Recomendaciones de organizaciones internacionales y nacionales para proteger el derecho a no sufrir malos tratos

Mejorar el conocimiento sobre los condicionantes y características de los malos tratos hacia las personas mayores es una prioridad fundamental en todo el mundo. Instituciones relevantes a nivel internacional y nacional incluyen referencias y recomendaciones específicas sobre el tema.

Exponemos a continuación unos ejemplos representativos.

- **El Consejo de Europa, en el año 1992**, organizó una conferencia en Estrasburgo en la que se elaboraron definiciones, tipologías y otros elementos importantes acerca del maltrato a las personas mayores.

- **Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad avanzada. Resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 16 de diciembre de 1991.**

Cinco son los principios: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad, dirigidos especialmente a las personas mayores y animan a los gobiernos a que los introduzcan en sus programas nacionales cada vez que esto sea posible.

- **Asociación Médica Americana (AMA, 1992).**

Esta asociación dedica una especial atención al tema de los malos tratos que afectan a las personas mayores, centrandose su atención en unas recomendaciones que dirige al personal médico sobre el cómo y de qué forma se ha de interrogar a los ancianos víctimas de malos tratos, puntualizando que las preguntas sobre malos tratos deben ser hechas de forma muy directa.

- **Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Beijing (China). Septiembre 1995. Naciones Unidas.**

Una de las doce áreas de interés reseñadas en la Plataforma para la Acción hace referencia a la violencia contra las mujeres, con medidas para prevenirla y eliminarla. Entre otras destaca el estímulo para un debate público sobre el tema.

Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado.**Almería, mayo de 1995, en Kessel H. et alt. (1996).**

Profesionales de diversas disciplinas participaron activamente en diferentes comisiones de trabajo abordando temas tan relevantes como las definiciones, tipologías, factores de riesgo, investigación y otros. Se elaboró una Declaración con once puntos que sintetizaban las conclusiones a las que se llegó. Entre ellos destacamos:

- 1.- Desconocemos la prevalencia sobre los malos tratos a los mayores.
 - 2.- El maltrato hacia las personas de edad avanzada se observa en todas las clases sociales y en todos los niveles socio-económicos.
 - 3.- No disponemos de legislación específica de protección a las personas mayores contra los abusos y malos tratos.
 - 4.- Todos los profesionales que estén en contacto con los ancianos han de prestar atención a los signos y síntomas de malos tratos.
 - 5.- El desconocimiento y la negación del problema dificulta la prevención y la intervención.
 - 6.- Es necesario que los propios ancianos tengan conocimiento, no solamente del problema de los malos tratos, sino también de los recursos existentes con la finalidad de evitar las reincidencias y secuelas.
 - 7.- Es preciso hacer más esfuerzos para destinar fondos para la investigación sobre los abusos y malos tratos de los ancianos.
- **52ª Asamblea Mundial de la Salud, 24 de mayo de 1999.** En el punto 18 de la orden del día encabezado por el tema "Envejecimiento Activo", se exhorta a los estados miembros a que apliquen medidas que aseguren el máximo grado de salud y bienestar a los ciudadanos de edad avanzada. Afirma que el maltrato a las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.
 - **Plan de Acción Internacional Madrid sobre Envejecimiento, 2002.** Planteó el compromiso de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad avanzada así como sus derechos civiles y políticos. También la eliminación de todas las formas de violencia, abandono y abuso contra las personas mayores. Se apunta el compromiso de crear servicios de soporte para atender a los casos de malos tratos detectados.

- **Foro Mundial ONG, sobre Envejecimiento. Madrid, abril 2002.**

En este espacio de debate de las organizaciones no gubernamentales, se llegó a la decisión de que las instituciones han de prestar una atención especial a las personas mayores más frágiles y vulnerables, que se encuentren en situación de pobreza o dependencia. Así mismo, se hace mención a la falta de protección legal en situación de violencia o maltrato en todos los ámbitos.

- **Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 2002.**

El Secretario General del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, presentó en este marco un informe basado en los estudios, información y documentación existente sobre el maltrato de las personas de edad avanzada, con la finalidad de contribuir a los debates sobre la elaboración de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002. Se analizó la cuestión del maltrato en el marco de los derechos humanos, presentando definiciones y tipologías en un contexto de diversidad cultural, social y económica. Se intentó estimar las repercusiones y consecuencias y también, ofrecen sugerencias sobre las normativas que se podrían aplicar en un futuro. Se constata la necesidad de disponer de información fiable para consolidar el conocimiento actual relativo al maltrato de las personas mayores.

- **Informe Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS - 2002).** En 1996 la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA 49.25 en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública e insta a los Estados a que evalúen su magnitud y a la OMS que lleve a cabo actividades para abordarlo. Se crea así una base científica para la prevención; el primer informe mundial sobre violencia y salud que fue elaborado por más de 200 expertos de todo el mundo y se publicó el año 2002.

Dentro del estudio de la violencia en general, este informe dedica el capítulo quinto al tema de los malos tratos a las personas mayores. Se expone la magnitud del problema a nivel mundial, definiendo conceptos, tipologías, factores de riesgo y otros. También destaca la importancia de las consecuencias en el ámbito familiar e institucional. Se presenta una relación de las propuestas y las medidas existentes, así como unas recomendaciones centradas en el incremento de

conocimientos, el de establecer estrategias de prevención eficaces y la promulgación de leyes más severas para el castigo de los infractores.

- ***Informe Voces Ausentes. Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor. OMS/INPEA, 2002.*** En este documento se presentan los resultados de un estudio llevado a cabo en ocho países mediante la implicación de grupos de investigación con personas mayores y con trabajadores sanitarios de atención primaria con la finalidad de establecer indicadores de malos tratos a mayores.
- ***Declaración de Toronto, diseñada por expertos y patrocinada por el Gobierno de Ontario, 17 de noviembre de 2002.***
Es una llamada a la acción dirigida hacia la prevención global del maltrato dirigido a las personas mayores.
- ***España 2002. Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación.***
Este documento fue presentado durante la Presidencia de la UE y entre otros, especifica que las causas más frecuentes de la violencia son: el alcohol, las toxicomanías, el paro, la pobreza y la exclusión social, así como también el hecho de que el agresor haya sido, a su vez, víctima de violencia.
- ***II Plan integral contra la violencia doméstica (2001-2004).***
Las actuaciones comprendidas en este Plan se articulan en cuatro grandes áreas, la primera de las cuales se centra en las medidas preventivas y de sensibilización, de formulación y de coordinación. El primer bloque va dirigido a toda la población en general (destacamos que en toda la descripción del Plan no se encuentra ninguna aportación específica dirigida a las personas mayores) y a los profesionales de la comunicación de forma especial. El segundo bloque va enfocado a los centros educativos (profesorado y alumnado) y a los profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad, de los órganos judiciales y de la salud. A todos ellos se les dan unas recomendaciones a fin de sensibilizarlos sobre el tema de la violencia.
- ***V Plan de Acción y Desarrollo de las políticas para mujeres en Cataluña (2005-07).***
El gobierno de la Generalitat de Cataluña aprobó el 22 de marzo de 2005 el V Plan de Acción y Desarrollo de las políticas para mujeres en Cataluña 2005-07.

En este Plan se incluye el programa para el abordaje integral de la violencia contra las mujeres como línea estratégica. Por primera vez el Plan está dotado presupuestariamente y se contempla la evaluación periódica para ir adaptando y actualizando su contenido a las situaciones coyunturales y estructurales que se puedan producir.

Todos estos referentes nos demuestran la importancia que tiene el tema de la violencia y los malos tratos y, en especial, aquellos que van dirigidos a las personas de edad avanzada. Asimismo, se aprecia la necesidad de asumir un compromiso por parte de las instituciones para intervenir en estas situaciones bajo un modelo de atención integral.

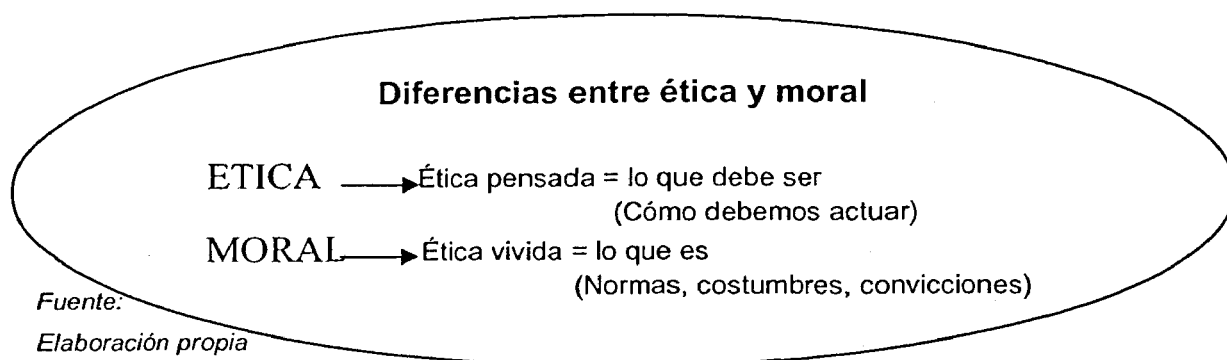
1.5.- Aspectos éticos

En el marco cultural actual, es preciso que la ética se plantee cuestiones que el envejecimiento de la población va formulando cada vez más y que deben tratarse de forma obligada para evitar tratamientos o intervenciones arbitrarias. Aparecen nuevos problemas ligados a las ciencias sociales y médicas y la dificultad está en buscar fundamentos éticos para responder ante estos.

En este apartado nos referiremos a la ética y también a su complementaria la moral. Ambos términos provienen de la palabra griega "ethos" y de la traducción de Cicerón al latín "mos-moris". Tanto la ética como la moral se refieren a las costumbres y al carácter de las personas. Se suelen utilizar como términos sinónimos, aunque no lo son. La moral se limita a decir como se comportan los hombres en determinadas circunstancias y en sus conceptos se suelen utilizar expresiones como justo o injusto, bueno o malo. La ética, sin embargo, se ocupa de la justicia, del bien y del mal.

Aranguren describe dos niveles de empleo, en la práctica, de la ética y de la moral. El primer nivel es la moral vivida (*ética utens*), lo que hacemos día a día y en cada uno de nuestros actos, mientras que al segundo se le puede denominar moral pensada (*ética docens*) y trata de la reflexión que elaboramos sobre los actos que hemos realizado.

Gráfico nº 3. Diferencias entre ética y moral.



Así pues, entendemos por ética “la disciplina filosófico-normativa y teórico-práctica que estudia los aspectos individuales y sociales de la persona, a tenor de la moralidad (buenos y malos) de los actos humanos (costumbres, normas, deberes) bajo la premisa de la razón. La moral, por su parte, sería el conjunto de valores y normas existentes en una sociedad que vincula a todos sus miembros, que se expresa con ideales compartidos de obligaciones – prohibiciones y que se forma dinámica e históricamente” (García Férrez, J. 2003).

En este espacio nos referiremos a la ética aplicada, centrada en la práctica, ubicada en las circunstancias. Las personas mayores siempre han permanecido iguales a lo largo de la historia, lo que ha cambiado es su entorno, sus circunstancias y la consideración de su papel en la sociedad. Numerosos relatos así lo demuestran (Kirkwood, 2000).

Desde la ética se pueden aportar muchos frentes de actuación, pero todos ellos deberán ir apoyados en los pilares del respeto a la dignidad de la persona y la promoción de su calidad de vida. Las cuestiones de carácter ético van más allá del conjunto de normas definidas en un código deontológico determinado o de los principios establecidos (Banks, 1997), pero es necesario tenerlos presentes en la toma de decisiones puesto que éste es un proceso de reflexión y actividad, resultado de la actuación de una persona o un grupo. Debe intentarse proporcionar a la sociedad claves éticas que promuevan comportamientos como respeto, benevolencia, justicia y solidaridad, que fundamenten así cualquier planteamiento sobre la calidad de vida, la autonomía, la dignidad, la beneficencia y la justicia, en este caso hacia las personas mayores.

1.5.1.- Principios básicos de ética aplicados a las personas mayores

La expresión “principios éticos básicos” se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas.

Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, cuatro de ellos son los más relevantes para la práctica profesional y que mejor orientan la toma de decisiones y la deliberación moral (Informe Belmont, 1978).

↓ El respeto a las personas o principio de Autonomía

El concepto de autonomía está relacionado con la voluntad de las personas y con la facultad humana para gobernar sus propias acciones, la propia vida. Es un concepto que varía en función de las posturas filosóficas que adopte tanto la persona que ejerce este derecho como el que lo reconoce. Por este motivo se puede definir como la libertad de elección, derecho para escoger por uno mismo y la aceptación de la responsabilidad para actuar. Este principio viene determinado por: a) la libertad de elección; b) la ausencia de coacción; c) la elección basada en la racionalidad de un consentimiento; d) la elección basada en el reconocimiento de determinados valores escogidos.

El derecho a la libertad de opción, dentro del ejercicio de la autonomía, se comprueba en la aplicación del consentimiento informado que consta de dos elementos fundamentales: la información (qué desea saber el paciente?) y el consentimiento voluntario, sin presiones y con capacidad psíquica y física para aplicarle el tratamiento. No obstante, determinar la competencia o no de una persona mayor en relación a la toma de decisiones puntuales y trascendentes es sumamente compleja para los profesionales de la salud y de los servicios sociales, motivo por el cual se requiere mucha prudencia.

En ocasiones la familia, los cuidadores, los amigos y también los profesionales toman decisiones importantes sobre aspectos de la vida de una persona mayor, pensando, en el mejor de los casos, evitarle molestias, preocupaciones y olvidando que se está vulnerando su derecho a decidir, a ser protagonista de su propia historia y por lo tanto,

se le está ocasionando maltrato tipificado como vulneración de un derecho fundamental.

↓ Principio de Beneficencia

La autonomía como proceso y el envejecimiento como biografía, son capacidades propias de los seres humanos que se manifiestan de una forma heterogénea y deben abordarse como tales.

Este principio obliga a hacer el bien a todas las personas, a procurarles el mayor beneficio posible limitando al máximo los riesgos y satisfacer las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales, teniendo en cuenta lo que la propia persona entiende por beneficioso y aquello que le puede ser más perjudicial.

↓ Principio de No Maleficencia

Íntimamente relacionado con el anterior. Este principio nos obliga a no perjudicar ni hacer ningún tipo de mal a las personas. Así pues, también obliga a defender a los ancianos afectados por cualquier tipo de malos tratos, que se puedan encontrar con frecuencia en su domicilio, en las instituciones y en la comunidad.

↓ Principio de Justicia

Se trata de dar a cada uno lo que es suyo, lo que se merece, lo que le es propio, lo necesario, lo cual está estrechamente vinculado al proyecto de política social que se aplica en nuestro contexto de justicia social.

A medida que la población envejece, se perfilan unas consideraciones éticas que tienen que ver con la asignación de recursos y la igualdad de oportunidades. No puede haber diferencias en la prestación de servicios o equipamientos ni por razón de raza, género, creencias, ni tampoco por edad (ageismo). El hecho de que en nuestro país el sistema de servicios sociales no sea universal, puede constituir un ejemplo de no aplicación de este principio desde una óptica institucional. Una política social restrictiva puede llegar a contemplar la edad como un criterio de exclusión a la hora de acceder o no a un procedimiento de diagnóstico o terapéutico.

La intervención psicosocial en materia de malos tratos a las personas mayores y hacia las personas que maltratan plantea cuestiones respecto al modelo a utilizar, a la prioridad de acción y a los diferentes servicios que se deben ofrecer. Desconocemos o conocemos mal la intervención psicosocial en las situaciones de malos tratos a los ancianos. ¿Cuáles son las posturas psicosociales en qué se encuentran los intervinientes? ¿Cómo se diseña la interacción entre el profesional y el cliente? Se plantean también una serie de cuestiones de ética aplicada (juicios morales, dilemas éticos): ¿Cuáles son los valores subyacentes en una práctica? ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Cómo tener en cuenta las normas profesionales, institucionales y las personales? ¿Cómo evaluar la autonomía de una persona mayor?. A todos ellos trataremos de dar respuesta en los capítulos siguientes.

Las dificultades o conflictos de valores pueden aparecer cuando se oponen a los valores personales del que hace la intervención, resultado de su profesión, otros valores o prioridades impuestos por su corporación profesional, por el entorno de su lugar de trabajo o por el propio cliente.

El objetivo general, entonces, es identificar a partir de representaciones sociales de intervencionistas psicosociales en un medio familiar (servicios psicosociales) y comunitario, las posturas y los dilemas éticos de la práctica de intervención en situación de malos tratos en ancianos, teniendo en cuenta la diversidad práctica en función del entorno.

CAPÍTULO 2

Descripción del problema

- 2.1.- Emergencia del concepto de maltrato a las personas mayores**
- 2.2.- Diferentes definiciones sobre el concepto de maltrato a las personas mayores**
- 2.3.- Los debates respecto a las diversas definiciones**
- 2.4.- Las clasificaciones de malos tratos a las personas mayores**
 - 2.4.1.- Las tipologías y clasificaciones**
- 2.5.- Definición e indicadores de las tipologías de abuso y malos tratos a las personas mayores**
- 2.6.- Controversias**
- 2.7.- Dos nuevos síndromes:**
 - 2.7.1.- Síndrome de la abuela esclava**
 - 2.7.2.- Síndrome de Diógenes**
- 2.8.- Ámbitos dónde se pueden ocasionar los malos tratos**
 - 2.8.1. Maltrato familiar**
 - 2.8.2. Maltrato institucional**
 - 2.8.2.1.- La incidencia y prevalencia de los actos de violencia a las personas mayores en el medio institucional**
 - 2.8.2.2.- Desajustes legislativos en la institucionalización**
 - 2.8.3. Maltrato estructural o social**
 - 2.8.3.1.- El Mobbing Inmobiliario**

2.1.- Emergencia del concepto de maltrato a las personas mayores

Nuestra sociedad se enfrenta a un fenómeno nuevo en la historia de la humanidad, el envejecimiento de la población que nos enfrenta a nuevas situaciones que debemos resolver con celeridad y creatividad. Una de ellas es el abordaje de la violencia y maltrato a las personas mayores.

Hablar de personas mayores es muy relativo ya que el envejecimiento puede comenzar a diferentes edades en distintas personas. En nuestra sociedad este concepto suele coincidir con el inicio de la jubilación (Triadó, Martínez y Villar, 2000), aunque también puede darse el caso de que una persona a los 50 años puede sentirse mayor y otra a los 70 pueda sentirse joven. Asimismo, en función de la imagen simbólica del anciano, de su historia social y cultural, puede relativizar incluso los parámetros biológicos y considerar, por ejemplo, que una persona es anciana en torno a los 80 años y en Perú lo sea a los 50. En esta tesis se parte del concepto de que una persona mayor lo es a partir de la edad de jubilación.

Entre los profesionales es general la constatación de la existencia de maltrato y negligencia en torno a las personas mayores, así como la gran dificultad que representa la detección de evidencias de los mismos, a través de pruebas empíricas sistemáticas.

Estamos inmersos en una cultura de la violencia y ésta se manifiesta en todos los ámbitos: comunitario, institucional y familiar, afectando especialmente a las personas más débiles y vulnerables, los niños, las mujeres y las personas mayores. La violencia no entiende de cultura, de clases sociales, ni de género, de raza, ni por supuesto de edad.

La sociedad española también evidencia que su percepción sobre la posibilidad del maltrato a los ancianos, es una realidad muy extendida entre nosotros. Concretamente, en una muestra de 2.500 personas, ante la pregunta de en cuánto cree que los niños y los ancianos se ven afectados por malos tratos, abandono o atención inadecuada, el 39,2% piensa que son bastantes los ancianos que están afectados por problemas de malos tratos (CIS, Barómetro/marzo ,nº 2411).

La Comisión Europea impulsó en 1999 una campaña de sensibilización dirigida a todos los ciudadanos europeos contra la violencia doméstica, centrada en particular en las mujeres, en pro de la tolerancia cero. El mes de mayo del 2000 se celebró una Conferencia Europea en materia de violencia contra las mujeres y la infancia, en Calvià (Mallorca), en la que se decidió presentar una propuesta a la Unión Europea para que se aprobara, como directiva comunitaria y de obligado cumplimiento, el que los estados dedicaran el 1% de sus presupuestos a la lucha contra la violencia doméstica y su prevención.

La violencia es una forma de agresión, correspondiente a un impulso genético programado para la supervivencia. Pero progresivamente este impulso ha sido domesticado y ha pasado de ser un estado natural a constituir un estado de derecho. No obstante, el grupo familiar ha escapado a esta transformación pública de la violencia. En nombre del respeto a la vida privada, el ambiente familiar continúa siendo un tema tabú y ni las leyes ni la sociedad se atreven a intervenir en sus dinámicas de violencia.

Los expertos vaticinan un gran incremento de las situaciones de malos tratos, motivado esencialmente por el envejecimiento progresivo de nuestra población (en el año 2010 habrá 7 millones de personas de más de 65 años, con alto peso del intervalo de mayores de 80 años) y su repercusión en las situaciones de dependencia funcional y emocional. No olvidemos tampoco que los cambios sociales y culturales incrementan la discriminación y la baja tolerancia, haciendo emerger el problema social y de salud que es, en definitiva, la violencia a los ancianos.

El maltrato a las personas ancianas se describió por primera vez en el año 1975, en una carta publicada por G. R. Burston en la revista *The British Medical* bajo el título "*Granny battering*" (abuela golpeada). Posteriormente apareció un artículo de Robert N. Butler titulado "*¿Porqué sobrevivir? Ser anciano en América*", en el que se describe

por primera vez el Síndrome de la anciana apaleada. Más tarde "Maltrato de personas mayores" en 1993 (Bennett y Kingston). Después, el Congreso de Estados Unidos se preocupó por el tema a nivel político y social. Finalmente ya fueron los investigadores y los profesionales del campo de la salud y de los servicios sociales quienes abordaron el tema.

En los inicios de la década de los ochenta, el interés y la preocupación por la situación del maltrato a las personas mayores, fue extendiéndose por varios países industrializados como Estados Unidos, Japón, Australia, Canadá, China (Hong-Kong), Noruega, Suecia, Argentina, India, Chile y Reino Unido, adquiriendo así el tema relevancia mundial, a través de artículos, encuestas y trabajos diversos. En la última década, Francia ha destacado por el gran interés puesto en intervenir en este tema emergente de los malos tratos a los ancianos. El hecho de considerar de una forma distinta el concepto social de anciano o persona mayor hace dificultoso el hacer comparaciones entre los estudios en diferentes países.

De una forma muy tímida, a partir del inicio del nuevo siglo, España destaca por su silencio y sólo aparece algún artículo, conferencia, mesas redondas o algún trabajo de investigación muy local y esporádica. El interés a escala política es totalmente nulo.

Desde el punto de aproximación estratégico aparecen dos actuaciones prioritarias:

- ✚ Conocer la dimensión real del problema, con la finalidad de poder elaborar modelos de intervención, saber cómo utilizar nuestros recursos limitados e identificar los indicadores sobre la etiología de los malos tratos.
- ✚ Realizar un estudio de prevalencia e incidencia a escala nacional, para favorecer la planificación general de actuaciones sobre el tema.

Uno de los aspectos más complejos y que más dificultad comporta para tratar el tema de forma sistemática es la falta de una definición universal y consensuada para los conceptos de abuso, negligencia, trato inadecuado, violencia y otros, ya que las diferentes definiciones que existen reflejan sólo aspectos parciales desde diferentes ópticas y puntos de visión.

Fue Wolf (1988), uno de los primeros estudiosos del tema de los malos tratos a los ancianos, quien al inicio de sus investigaciones atribuyó a la ausencia de una

definición generalmente aceptada la aparición de un amplio espectro de definiciones sobre la violencia y la negligencia, que han generado problemas importantes de aproximación al tema.

Un claro ejemplo lo tenemos en la dificultad de consensuar entre los mismos profesionales, qué es y qué no es maltrato. Para una mejor decisión es importante implicar y hacer participar a los propios afectados, es decir los mayores expuestos a sufrir los malos tratos.

Hay tres puntos clave que explican esta complejidad (Tabueña, 1999):

- ✦ La falta de consenso universal sobre la definición de abuso y maltrato.
- ✦ El abuso y el maltrato ejercido sobre las personas mayores tiene menor relevancia que el ejercido sobre los menores y las mujeres. Hay una gran omisión hacia las personas de edad avanzada
- ✦ Las características de las personas mayores y sus cuidadores no son las que producen maltrato, pero en caso de coincidir con una situación de crisis, pueden ocasionarlo.

2.2.- Diferentes definiciones sobre el concepto de maltrato a las personas mayores

Definir el maltrato es un ejercicio multifactorial que no puede pretender exactitud científica ya que se trata de una cuestión en la que los aspectos culturales, tradicionales, los valores y las normas de una sociedad, adquieren una gran relevancia.

Muchas de las definiciones realizadas sobre los malos tratos a las personas mayores incorporan el concepto de violencia, así pues centran su atención en el abuso de poder hecho desde una posición de confianza. No obstante, consideramos que el concepto de maltrato es mucho más amplio. En la definición ideal de maltrato se deberían poder incorporar tanto los actos perpetrados por la persona, como también los percibidos como maltrato por la propia víctima en todos los contextos: familiar, institucional y estructural.

La carencia de una definición general de maltrato hacia las personas mayores, provoca la aparición de un amplio abanico de propuestas y todavía hoy es un tema que a escala internacional y nacional suscita controversias y debates. A continuación introducimos algunas de las definiciones clásicas sobre los abusos y malos tratos que aparecen en la literatura consultada.

Tabla nº 3. Primeras definiciones de abuso y malos tratos

AUTORES	DEFINICIONES
Block y Sinnott (1979)	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso físico: golpes, desatención en el cuidado, alimentación y salud. - Abuso psíquico: insultos, amenazas, aislamiento. - Abuso material: robos, uso inapropiado del dinero o de las propiedades. - Abuso médico: retirada o carencia de la medicación o de las atenciones médicas.
Lau y Kosberg (1979)	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso físico: golpes, desatención en el cuidado personal, alimentación, cuidado médico. - Abuso psíquico: insultos, amenazas, actos que provoquen miedo a la víctima, aislamiento. - Abuso material: robos o uso indebido del dinero o propiedades. - Violación de los derechos: forzar a salir del hogar y otros.
Eastman (1982)	<ul style="list-style-type: none"> - El abuso, ya sea físico, emocional o psicológico, perpetrado contra una persona anciana por el familiar que la cuida del cual es dependiente.
Johnson (1986)	<ul style="list-style-type: none"> - Define el maltrato en cuatro etapas: intrínseca, extrínseca real, extrínseca operacional y causal.
Fulmer y O'Malley (1987)	<ul style="list-style-type: none"> - Introduce el término <i>cuidado inadecuado</i>. - Abuso: acciones de una persona cuidadora que crea necesidades no satisfechas para la persona anciana. - Negligencia: el fallo en una persona responsable del cuidado en responder adecuadamente a las necesidades de atención que presenta la persona mayor.

Fuente: Bennett y Kingston (1993)

La revisión de las primeras obras dedicadas al abuso y negligencia hacia las personas mayores, revela que los investigadores y los profesionales seguían la tendencia de elaborar taxonomías o tipologías (listas de tipos) y elaborar definiciones conceptuales generales y exhaustivas, que abarcaban la multidimensionalidad de la violencia.

Un intento para definir el maltrato a nivel intrínseco y extrínseco fue elaborado por Johnson (1986), quien afirmaba que no era posible evaluar o construir conocimiento sobre este tema sin disponer de un marco de referencia definitorio común. Cuatro son los estadios que sugiere para llegar a la formulación de una definición con sentido para el maltrato de la persona mayor.

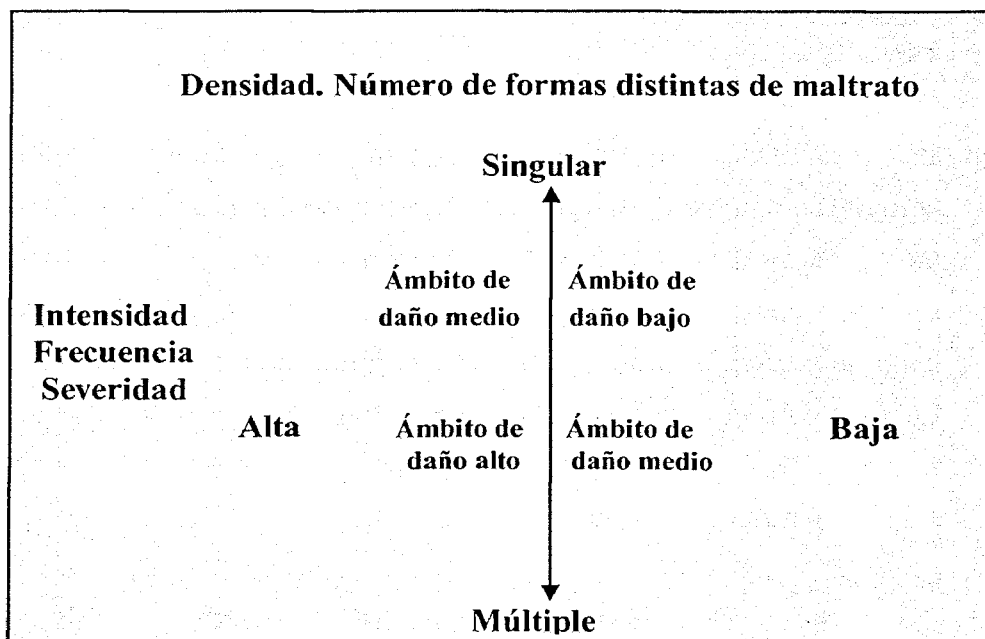
- a) *1^{er}.estadio: Definición intrínseca.* El maltrato a los mayores se conceptualiza como el sufrimiento innecesario que puede ser infligido por uno mismo o por otros, para el mantenimiento de la calidad de vida del anciano. A este nivel la definición necesita ser un tanto abstracta y hay ventajas en usar tal amplio marco de definición. Es tan amplio que cualquier forma o grado de maltrato puede situarse dentro de estos parámetros. Otra ventaja es la posibilidad de diferenciar el maltrato de comportamientos que podrían ser considerados culturalmente aceptables. Esto es importante puesto que en la investigación se puede hallar que diferentes culturas pueden tener diferentes puntos de vista sobre lo que es o no considerado maltrato. Cualquier forma de abuso puede entrar en esta amplia definición incluyendo la negligencia, autonegligencia y el abuso institucional. Si las definiciones son demasiado restrictivas entonces ciertas formas de abuso pueden quedar excluidas al no encajar en los parámetros de la definición. Este es un punto importante a considerar en el estado formativo del desarrollo tanto conceptual como en su dimensión de problema social del abuso en mayores.
- b) *2^o estadio: Definición extrínseca.* Se trata de identificar las manifestaciones comportamentales que están presentes y clasificarlas por su característica física, psicológica, sociológica o circunstancia legal.
Esta definición denomina a las categorías de abuso. Ello ayuda a identificar las manifestaciones comportamentales que pueden estar bajo observación. Esto es importante desde la perspectiva del profesional, porque puede sugerir qué servicio es el más apropiado como primera intervención, si médico, legal, social, mental u otro.
- c) *3^{er}. estadio: Definición extrínseca.* Se caracteriza por la medida y determinación tanto de la intensidad como de la densidad de las manifestaciones comportamentales. Esta definición tiene potencial para

considerar el maltrato desde ambas perspectivas, la de persona abusada y la del profesional. Si este es el caso, los comportamientos pueden ser evaluados gradualmente. Por ejemplo, el maltrato puede ser de baja densidad (solamente una forma de abuso) pero de alta intensidad (sucede frecuentemente y de forma severa). Se puede imaginar un esquema de maltrato intensidad/densidad. Este tipo de esquema sugiere cuatro dominios de incremento del peligro potencial. También permite la capacidad de predecir el grado potencial de peligro que un individuo puede estar afrontando. Así, los profesionales pueden estar en posición para decidir las estrategias de intervención y en qué forma o urgencia.

- d) *4º estadio: Definición causal:* Es la última etapa de la definición, cuándo se determina si hay intención dolosa o no en el maltrato. Considera si el abuso o la negligencia son activos o pasivos. La causalidad influirá fuertemente la posterior intervención terapéutica y afronta el "continuum" desde intervenciones agresivas a intervenciones pasivas.

Este modelo también considera el grado de peligro que la persona mayor afronta por sí misma y la rapidez con la que desea actuar el profesional.

Gráfico nº 4. El modelo de Johnson. Cuatro ámbitos de daño potencial creciente



Fuente: Bennett y Kingston (1993)

Así pues, ante la falta de una definición universal y consensuada existen diversas aproximaciones elaboradas y presentadas por instituciones y organizaciones relevantes, tanto a escala internacional como nacional, que son utilizadas por la mayoría de los países.

Destacamos las siguientes:

1.- El Consejo de Europa, en 1985, dio a conocer la definición de violencia en el seno familiar de la siguiente forma:

"La violencia es todo acto u omisión cometido por una persona que atenta contra la vida, la integridad personal física y psíquica o la libertad de otra persona o compromete gravemente el desarrollo de su personalidad".

Se trata de una definición muy amplia y no hace una referencia explícita a las personas mayores, aunque los abuelos y abuelas, como miembros de una familia están plenamente incorporados. Cabe recordar que en la década de los ochenta la atención estaba centrada en la violencia hacia los niños y las mujeres.

2.- American Medical Association (AMA, 1987), definió el maltrato como:

"Todo acto u omisión a consecuencia del cual hay un daño, o riesgo de daño, para la salud o el bienestar de una persona. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación del alimento, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor, por parte de una persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de la misma."

Este es un ejemplo de definición elaborada desde una perspectiva de salud, no obstante, enfatiza la interpretación del concepto de salud bajo una concepción biopsicosocial.

3.- Hudson y su equipo de expertos (1991), llegaron a la siguiente definición mediante un estudio en el que se utilizó la técnica Delphi:

“Es una conducta destructiva que está dirigida contra una persona mayor. Ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social o financiero, de innecesario sufrimiento, lesión dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor”

4.- La Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, Almería (1995) acordó la definición de maltrato como:

“Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente, con independencia de la intencionalidad o no y del medio en el que suceda”.

Esta definición se ajusta a nuestro contexto y se centra con mayor especificidad en los malos tratos hacia los ancianos. En la concepción de esta definición han participado profesionales de diversas disciplinas y ello queda reflejado en su redactado. Destaca la intencionalidad o no del acto, aspecto relevante para el diagnóstico y posterior intervención. Así mismo, detalla la diversa tipología de los malos tratos e incorpora la participación, en la definición, de la propia persona víctima.

Es importante mencionar que el maltrato puede tener lugar en cualquier contexto. Puede darse en el ámbito familiar, institucional, centros de día, residencias, hospitales y en lugares públicos que pueden ser considerados como seguros.

En la Conferencia de Almería también se introdujo la definición de negligencia en los siguientes términos:

“La falta de cumplimiento, voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador”

5.- Organización Acción Contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido (1995), adoptada posteriormente por la Red Internacional para la Prevención del

Maltrato de las Personas Mayores (IMPEA) definió el maltrato hacia los mayores como:

"El maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza y que provocan daño o angustia a una persona mayor"

6.- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), centra la definición en torno al concepto de violencia y lo hace así:

" El uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, a otra persona, a un grupo o a la comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones"

La OMS declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Así en el año 2002 se presentó un informe sobre "Violencia y Salud" con todo un capítulo dedicado al maltrato de las personas mayores.

7.- El Nacional Center on Elder Abuse, de los Estados Unidos, difunde dos definiciones muy aceptadas en la bibliografía internacional.

a) NCEA (1995)

"Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente".

b) NCEA (1998)

"Se entiende por violencia familiar referente a las personas ancianas aquellos malos tratos ocasionados a una persona de edad avanzada por parte de alguien que tiene un lazo particular con ella (de confianza, para diferenciarla de una agresión hecha por un extraño), conyugue, hijo, hermano, cuidador, en el propio domicilio de la persona o en el del cuidador. Este acto de violencia puede ocasionar un daño físico, psíquico o material, ocasionando infortunio y sufrimiento."

Se destaca la relación de confianza como elemento relevante para valorar la existencia de maltrato.

8.- La Declaración de Toronto, patrocinada por el Gobierno de Ontario (Canadá), 17 de noviembre de 2002, para la prevención global del maltrato a las personas mayores, define el maltrato de la siguiente manera:

"Acción única o repetida o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación en la que exista una expectativa de confianza y que produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico o emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión." (Action on Abuse of Elder Persons).

Esta definición destaca, como la anterior, la relación de confianza para después enumerar las diversas tipologías, destacando la intencionalidad o no respecto la negligencia.

En general, las definiciones gravitan entorno a la noción de acción u omisión y la de intencionalidad o no intencionalidad.

2.3.- Los debates respecto a las diversas definiciones

Numerosos profesionales especialistas en el seguimiento y estudio de los malos tratos a las personas mayores buscan constantemente mejores definiciones de la violencia, el abuso y la negligencia. La cuestión es importante puesto que estas definiciones determinan qué constituye violencia para las víctimas, qué objeto debe ser o no de consideración legal y quien es admisible o no como sujeto receptor de los servicios que se ofrecen.

Así mismo, una definición clara nos permitirá saber y determinar mejor el tipo de intervención que se debe aplicar para alcanzar mayor eficacia en su aplicación. Por lo tanto, las definiciones precisas facilitan la exactitud de la detección y de la clasificación, así como la elección del tratamiento apropiado.

Por el contrario, las diferencias entre definiciones impiden la posibilidad de reagrupar valoraciones o de comparar los resultados recogidos por los diferentes organismos, en sus estudios o praxis, en una misma ciudad o países.

El *desorden de definiciones* observado por Pillemer y Finkelhor (1988), puede ser atribuido a diversidad de factores. Una de las razones obedece al hecho de que las definiciones han sido elaboradas desde diferentes perspectivas, ya sea la de los mayores maltratados, la de la persona que los cuida, la de los profesionales de la salud, de los servicios sociales, de los abogados, de la policía, entre otros. Un estudio canadiense constató que existen diferencias considerables entre la opinión del público en general y la de los profesionales que están en contacto con los actos de violencia Gebotys, O'Connor y Mair (1992).

En la década de los noventa, estudiosos canadienses como Stones (1995) centraron sus esfuerzos en buscar elementos comunes entre las diferentes definiciones, llegando así a obtener interesantes resultados. Se observan tres aproximaciones básicas en las definiciones de violencia y de negligencia:

- a) Hay definiciones asociativas que ponen su énfasis en las consecuencias de la violencia.
- b) Otras definiciones se basan en criterios estructurales que ponen en evidencia los criterios a utilizar para determinar si el comportamiento es o no violento. (Una violación de las normas establecidas cometida por una persona en la que el anciano tiene confianza).
- c) La tercera aproximación utiliza agrupaciones de definiciones, mediante listas descriptivas, como la compilación de un inventario de actos de violencia.

El marco conceptual de Stones determina un nuevo punto de vista sobre la cuestión de las definiciones. Manifiesta los esfuerzos constantes realizados para hacer participar a las propias personas mayores y a las personas que los cuidan en los procesos de definición, siendo considerado este aspecto como crucial para poder medir y reconocer la violencia (Johnson, 1995).

Johns, Hydle y Aschem (1991), investigadores noruegos que utilizan la ciencia de las significaciones (semiología) para comprender los diferentes actos de violencia, han elaborado un modelo según el cual la violencia y la negligencia cometida por adultos

es un acto social, que comporta un testimonio y una evaluación moral del acto. Este es un punto de vista totalmente diferente de las perspectivas americanas, que todavía no han entrado a valorar los aspectos morales de la violencia.

La mundialización o globalización de las actividades respecto a la violencia y la negligencia dirigida a las personas mayores, generan nuevos déficits en materia de definiciones. Esta diversidad de perspectivas, nos ayuda a tomar en consideración la diversidad multicultural de nuestra propia sociedad. La presencia cada vez mayor en nuestro contexto de personas provenientes de diferentes etnias o razas, con sus propias culturas y tradiciones, es un aspecto muy importante a tener en cuenta.

En este sentido, un estudio reciente sobre las percepciones interculturales de los malos tratos infringidos a los ancianos, a propósito de los viejos víctimas de violencia en la India ha introducido el concepto de abandono (Shah, Veedon y Vasi, 1995) y también otro trabajo en Hong Kong (Kwan, 1995). Posteriormente, el propio National Center Elder Abuse (NCEA) de los Estados Unidos ha incorporado el concepto de abandono como maltrato.

En determinados países, las definiciones de violencia no tienen en cuenta la edad, a menudo porque la corta esperanza de vida de la población impide llegar a edades muy avanzadas.

Se reconoce también que existe un gran vacío acerca del conocimiento y comprensión de la violencia ejercida sobre personas mayores de poblaciones de étnias minoritarias. Estados Unidos hizo su primera aproximación a este tema en el año 1997.

2.4.- Las clasificaciones de malos tratos a las personas mayores

La falta de consenso que hemos encontrado entre las diferentes definiciones de maltrato a las personas mayores, también la vamos a encontrar en el momento de abordar las diferentes clasificaciones y tipologías.

Con excesiva frecuencia, leemos en la literatura términos como violencia, abuso, negligencia, atención inadecuada y otros, utilizados todos ellos de una forma

indiscriminada para explicar el mismo concepto. Esta polisemia no ayuda a facilitar la comprensión de un tema tan complejo.

Describimos a continuación unos conceptos básicos que nos servirán para definir el maltrato y que se utilizan en la literatura internacional. Estos son:

- *Abuso*: hace referencia a una acción de fuerza, al uso de poder con intención de hacer daño físico, psicológico, económico o sexual a una persona mayor.
- *Negligencia*: es la falta de atención a las necesidades básicas de una persona mayor, a nivel físico, psíquico, económico, afectivo o espiritual. Puede ser pasiva, como la falta de intervención por desconocimiento o activa en caso de rehusar la asistencia.
- *Trato inadecuado*: determina la presencia de necesidades no cubiertas en el cuidado de la persona mayor. Estas incluyen los requisitos básicos de comida, seguridad y abrigo, así como la necesidad de apoyo para el manejo de su economía o medicación y de tener la oportunidad de alcanzar una calidad de vida adecuada.
- *Influencia indebida*: se define como la sustitución de la voluntad de una persona por los deseos de otra. Se da en personas que pueden estar bien orientadas en el tiempo y en el espacio pero que bajo una influencia muy dirigida son capaces de ceder sus propiedades y recursos.

Existe una amplia diversidad de tipologías. La mayoría de autores admiten el abuso físico, el psicológico, el financiero y la negligencia, pero se dan otros tipos de malos tratos que se pueden considerar como variantes de las anteriores o como tipología propia. Estos son: a) sexual; b) farmacológica; c) violencia en la comunidad; d) violencia política y los conflictos armados; e) violencia relacionada con el VIH/SIDA; f) negligencia; g) autonegligencia; h) violación de los derechos.

Respecto al abandono, el Consejo de Europa en 1992 ya lo consideraba como una tipología de maltrato y el NCEA en 1998 lo incluyó entre sus categorías de maltrato a las personas mayores.

Cualquiera que sea el tipo de maltrato que se ejerza, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida. La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia

con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias y, sobre todo, del contexto cultural en el que tenga lugar. Por ejemplo, entre los navajos de los Estados Unidos, el hecho de que los ancianos de la tribu compartieran sus bienes materiales con los miembros de la familia había sido calificado por un investigador ajeno a dicha cultura como la explotación económica por parte de esos parientes. Sin embargo, los ancianos en cuestión lo consideraban como un deber cultural e incluso un verdadero privilegio. Los ritos de duelo de las viudas en ciertos lugares de África y la India incluyen prácticas que en otras partes del mundo se considerarían crueles, como la violencia sexual, el levirato (la costumbre de obligar al hermano de un hombre que murió sin hijos a casarse con la viuda) y la expulsión del hogar. En algunas culturas, situaciones difíciles de explicar ocurridas en la comunidad local, tales como una muerte o la pérdida de la cosecha, se vinculan con acusaciones de brujería que recaen en las mujeres mayores y solas (Gorman, M. Petersen, T. 1999).

2.4.1.- Las tipologías y clasificaciones

La negligencia puede ser activa, pasiva y autoinflingida; abuso físico, psicológico y económico; violación de derechos como el no tomar decisiones.

La Asociación Médica Americana publicó en 1987, en la revista JAMA, una propuesta de clasificación basada en un estudio empírico que reagrupó en cinco apartados las diversas formas de abuso y maltrato a las personas mayores:

- a) *Violencia física* (incluye la violencia sexual): contracturas, quemaduras, bofetadas, privación de alimentos, esguinces, dolores en zonas vaginales.
- b) *Violencia psicológica*: miedos, insultos, insomnio, privación de seguridad y de afectividad, no dejar salir o recibir visitas, infantilización.
- c) *Explotación financiera*: firma de documentos sin saber el contenido, expoliación de bienes, desconocer el estado de sus cuentas, venta de bienes sin el consentimiento.
- d) *Abusos médicos* (farmacológicos): privación de medicación y de atención o por el contrario aumento de neurolépticos y de somníferos entrando en un estado de confusión, somnolencia y desorientación.

- e) *Negligencias* (activa y pasiva): tanto la referente a las necesidades de salud psíquica como física, falta de higiene, malnutrición.

Con la finalidad de establecer una base sólida en el estudio del fenómeno y la posibilidad de establecer modelos comparativos, autores como Wolf (1988) Hydle, 1991) han llegado a unos resultados en los que consideran las tipologías antes mencionadas más la inclusión de las siguientes:

- *La violación de derechos*: aquellos que se garantizan a todos los ciudadanos por la legislación de cada país.
- *El abandono, que se equipara a la negligencia activa*: abandono de una persona vulnerable, disminuida física o mentalmente, incapaz de tomar decisiones por sí misma, ausencia de cumplimiento de una obligación causando un perjuicio.

Se utiliza también el concepto de Atención Inadecuada (Fulmer y O'Malley, 1987). Parte del argumento siguiente: es más fácil llegar a un consenso sobre lo que constituye una atención adecuada e inadecuada que ponerse de acuerdo sobre que es o no es un comportamiento aceptable o inaceptable en el seno de las familias o entre los profesionales. Debemos destacar la autopercepción que tiene la persona que es objeto de abuso. *A pesar de que la sociedad pueda desarrollar descripciones generales de los comportamientos que se consideran inaceptables, solamente la persona anciana puede decidir si son aplicables a su situación particular. En cierta forma, la persona puede dejar sin sentido una definición de abuso, maltrato o abandono* (Eastman, 1982).

Hemos de remarcar que todas las definiciones son restrictivas.

En estos momentos y teniendo en cuenta nuestro contexto, se está utilizando en los estudios que se llevan a cabo una clasificación en la que se incluyen ocho tipos de maltrato que pueden padecer las personas mayores en los diferentes ámbitos: familiar, institucional y estructural.

Las tipologías tienen un carácter genérico pero no son excluyentes y son las siguientes:

Clasificación de los malos tratos a personas mayores

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1) <i>Abuso Físico</i> | 5) <i>Negligencia</i> |
| 2) <i>Abuso Psicológico</i> | 6) <i>Autonegligencia</i> |
| 3) <i>Abuso Sexual</i> | 7) <i>Abandono</i> |
| 4) <i>Abuso Económico</i> | 8) <i>Vulneración de Derechos</i> |

2.5.- Definición e indicadores de las tipologías de abuso y malos tratos a las personas mayores

Las situaciones que se exponen en la siguiente tabla pueden darse en personas vulnerables adultas, las cuales podemos definir como *toda aquella que este o pueda estar en situación de necesitar los cuidados de los servicios de la comunidad por razones físicas, mentales o de otra discapacidad y que a la vez es incapaz de tener cuidado de si misma o de autoprotegerse frente a posibles daños o explotación financiera.*

Tabla nº 4. Tipologías. Signos y síntomas

TIPOLOGIAS	SIGNOS Y SINTOMAS
<p>1.- Abuso físico.</p> <p>Es la utilización de la fuerza física que puede ocasionar heridas corporales, dolor físico y un deterioro en la salud.</p> <p>Se considera entre otras el uso inadecuado de fármacos, la alimentación forzada, los confinamientos y restricciones mediante medidas no adecuadas. El castigo físico de cualquier tipo. La privación de alimentos sólidos y líquidos.</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalización por la persona mayor de que está siendo víctima de malos tratos. - Fracturas de hueso, cortes, contusiones, hematomas, esguinces, quemaduras. - Lesiones poco frecuentes o de difícil explicación. - Comprobación en laboratorio de dosis excesivas de medicamentos o de infrutilización de la medicación prescrita. - Desnutrición y deshidratación. - Alteración inexplicable del comportamiento. - Explicación de la causa de la lesión extraña, discordante o vaga, entre el cuidador y el anciano. - Retraso en la demanda de la visita por problemas graves. - El cuidador se niega rotundamente a que se visite al anciano a solas. - El cuidador culpabiliza al anciano de los daños observados. - Cambios frecuentes de médico.

<p>2.- Abuso psicológico.</p> <p>Consiste en ocasionar dolor, angustia, pánico o terror mediante actos verbales o no verbales, como las amenazas, la humillación, los insultos, la instigación y la intimidación.</p> <p>Es muy difícil de determinar debido a la gran carga de subjetividad que comportan los síntomas del mismo, pero pueden ser sumamente graves.</p> <p>Se puede detectar por un estado de agitación en el plano emocional, por una actitud más distante de lo habitual, o la propia declaración de la persona objeto del mismo.</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitación en el plano emotivo. - Actitud de desamparo y negación. - Vacilación al hablar y miedo. - Ira, confusión y desorientación. - Depresión. - Anciano extremadamente distante, no comunicativo, no receptivo. - Comportamiento poco habitual y atribuido normalmente a la demencia (succionar, morder, balanceo). - Declaración de la propia persona mayor según la cual le maltratan verbal o moralmente. - Lenguaje grotesco, insultante, con gritos. - Amenazas, intimidaciones. - Infantilización. - Deterioro del cuidado personal (vestido, alimentación y otros). - Chantaje afectivo y crueldad mental con finalidad manipulativa. - Castigos y privaciones. Aislamiento.
---	---

<p>3.- Abuso sexual.</p> <p>Consiste en tener un contacto sexual con una persona anciana sin obtener su consentimiento, (se incluyen aquellas situaciones en las que la persona no puede dar su consentimiento), los atentados contra el pudor como los tocamientos, la pornografía.</p> <p>Es la violación, la sodomía, el desnudo forzado, la fotografía sexual explícita (NCEA, 1998).</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La propia declaración de la persona anciana según la cual la han agredido o violado sexualmente. - Infección genital y enfermedad venérea inexplicable. - Dolores en las zonas genitales, - Ropa interior rota o manchada de sangre.
--	--

<p>4.- Explotación financiera o abuso económico.</p> <p>Se trata de la utilización abusiva o ilegal de los bienes muebles e inmuebles propiedad de la persona mayor.</p> <p>En la propia comunidad también las personas mayores son objeto de este tipo de explotación, mediante prácticas de ventas fraudulentas y/o engañosas, engaños coyunturales (actualmente con el cambio de las pesetas por euros), manipulación de documentos para fines totalmente ajenos a la voluntad de las personas (subastas y otros).</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios repentinos en la cuenta bancaria o en prácticas bancarias. - Inclusión de otros nombres en la ficha bancaria del anciano. - Modificación imprevista del testamento o de otros documentos financieros. - Desaparición repentina de objetos de arte o bienes de valor. - Facturas impagadas a pesar de disponer de medios suficientes. - Transferencia repentina e inexplicable de bienes del anciano a algún miembro de la familia o a algún extraño. - Declaración de la propia persona mayor de ser objeto de explotación financiera. - Privación de la utilización de los propios recursos de la persona mayor, pasando por los robos, engaños, timos, estafas, manipulación y falsificación de firmas.
<p>5.- La Negligencia.</p> <p>Es un comportamiento nocivo, intencionado o no, por parte de una persona que está obligada a cuidar a la persona anciana.</p> <p>Según NCEA (1998), se entiende por negligencia el rechazo o la omisión de proporcionar a la persona anciana las necesidades de la vida, como el agua, los alimentos, el vestir, la vivienda, la higiene personal, la medicación, la seguridad personal y los otros bienes esenciales.</p> <p>Puede ser activa o pasiva.</p> <p>La activa se refiere a la falta de cuidados necesarios por parte del cuidador, de una forma consciente.</p> <p>La pasiva se centra en el olvido y el abandono.</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La no administración correcta de la medicación. - Alimentación inadecuada y deficiente. - Aspectos de salud físicos y psíquicos no atendidos (como ir al oftalmólogo, dentadura deteriorada, prótesis auditivas). - Entorno descuidado (sucio, olores). - Ropa inadecuada, falta de higiene personal, presencia de parásitos o infecciones. - Llagas en lugares no habituales o descuidadas.

<p>6.- La Autonegligencia.</p> <p>Es el comportamiento de una persona mayor que amenaza la propia vida o su salud.</p> <p>Se excluyen de esta tipología aquellas personas mayores competentes (con plena capacidad mental) que optan por decisión propia cometer actos que amenacen a su seguridad.</p> <p>Es un concepto aplicable a una amplia gama de comportamientos y no sólo en situaciones extremas de falta de recursos o habilidades para llevar a cabo las actividades necesarias que garantizan la propia salud o bienestar.</p> <p>Existe un debate en si debe ser o no considerado maltrato en cuanto no existe otra persona que lo ocasione.</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inseguridad y falta de los requerimientos básicos de habitabilidad en una vivienda. - Poseer animales de compañía sin control de higiene ni sanitario. - Personas sin techo. - Problemas de salud física y/o mental no tratados. - Alcoholismo y/o abuso de sustancias tóxicas. - Ropa inadecuada, falta de higiene, parásitos e infecciones. - Malnutrición. - Acumulación extrema de basuras (papel, ropas, plásticos y otros). <p style="text-align: center;">-----</p> <p>Los signos son muy similares a los de la negligencia.</p>
<p>7.- Abandono.</p> <p>Se considera abandono cuando una persona que está encargada de prestar cuidados y atención a una persona mayor o de asegurar su atención física la abandona.</p> <p>Se trata de la claudicación total.</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abandono del anciano en el hospital, en un centro residencial o en el domicilio. - Abandono del anciano en un espacio público como centro comercial, gasolinera u otros. - Declaración de la propia persona según la cual dice haber sido abandonado.
<p>8.- La vulneración de los derechos.</p> <p>Incluye los derechos elementales que no están contemplados en el resto de tipologías puesto que en todos los tipos de malos tratos a las personas mayores se da implícitamente una vulneración de derechos.</p> <p>Consiste pues en la agresión, privación o no</p>	<p>Los signos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actitudes insultantes y vejatorias claramente discriminatorias. - Pérdida de la privacidad por no disponer de un espacio personal. - Pérdida de la intimidad (leer la correspondencia...).

reconocimiento de los derechos fundamentales como:	-	Impedimento para ejercer los derechos de los ciudadanos como votar, casarse, mantener contacto con amigos.
- Dignidad y respeto.		
- Intimidad y confidencialidad.	-	Ingreso involuntario en un centro residencial.
- Participación.		
- Libertad de elección.	-	Falta de respeto por sus deseos, valores, creencias y opiniones.
- Derecho a ser cuidado.	-	No disponer de información de los propios derechos.

Los derechos que todos tenemos reconocidos por la Declaración de los Derechos Humanos (1948) y la Constitución Española (1978), que nos garantizan el derecho a la vida, a la libertad, a la intimidad y la imagen, a recibir información veraz, a la participación activa, a no ser tildado de incompetente sin un proceso legal justo, a poder reunirse, a tomar decisiones sobre la propia vida, a ser tratado con dignidad y respeto, entre otros muchos se complementa en el caso de las personas mayores en la CE con el Art.50, que determina el derecho, entre otros, a tener acceso a un sistema de servicios sociales. La vulneración de estos derechos puede manifestarse en situaciones como prohibir la visita o ir a visitar amigos, ir a la iglesia, no participar en las decisiones que le incumben, la libertad de decisión en ingreso en centro residencial, conocer la información sobre su salud, participar de la vida comunitaria, no poder leer el correo, entre otras.

Se va avanzando en la regularización de estos derechos, un buen ejemplo es la ley aprobada en Cataluña (11.01.2001) sobre el derecho de información concerniente a la Sanidad y a la autonomía del paciente y sobre la documentación clínica. Destacamos el Art. 8 relativo a *las Voluntades Anticipadas* (Testamento Vital).

2.6.- Las controversias

A pesar del intento por clasificar los abusos y malos tratos en categorías, surgen aspectos que no pueden ser ubicados con precisión y necesitan de cierta flexibilidad en la valoración, en función de las características de la situación, de la interpretación de los profesionales y también de la subjetividad de la persona que lo padece.

Las controversias suelen aparecer también por el solapamiento de las diferentes tipologías y conceptos. Veamos a continuación algunos ejemplos:

a.- ¿El abuso sexual se incluye entre los físicos? Hay autores que el abuso sexual lo incluyen en la categoría de los abusos físicos, no obstante podemos observar que otros estudiosos consideran que este tipo de abuso tiene tanta importancia en sí mismo, que se merece una tipología específica.

b.- ¿El encarnizamiento terapéutico es una vulneración de derechos, a la vez que es un maltrato físico o debe considerarse como una tipología propia?

c.- La inframedicación o sobremedicación se incluye en el abuso psicológico y asimismo como un abuso físico, también puede contemplarse como una vulneración de derechos (*Art.5, del decreto 176/2000 de modificación del 284/1996 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales*). La cuestión es si debe o no considerarse una tipología propia. El hecho afecta especialmente a la privación tanto de cuidados médicos como a la ausencia de administración de fármacos necesarios, también, por lo contrario, al incremento de neurolépticos o somníferos que generen confusión, agitación, pérdida de memoria y otros. La existencia de este factor se descubre en el laboratorio por analítica.

d.- El aislamiento puede ser una autonegligencia (Síndrome de Diógenes) o una negligencia y a la vez una vulneración de derechos si se le niega la participación o también un abuso psicológico.

e.- Parecida controversia produce la falta de alimento, que puede ser contemplada como una negligencia, una autonegligencia, un abandono y a la vez un abuso físico.

Estos y otros muchos interrogantes están generando un gran debate que está abierto tanto a escala internacional como nacional. La importancia de disponer de una buena estructuración teórica de los indicadores radica en que posibilitará hacer una intervención lo más adecuada posible a la situación concreta a la que se enfrente el profesional.

2.7.- Dos nuevos síndromes: La Abuela Esclava y el de Diógenes.

A causa del mayor interés y profundización en el estudio por las situaciones que padecen o puedan padecer las personas mayores de nuestro entorno, ciertos profesionales del campo de la salud, de la salud mental y de los servicios sociales, intentan ampliar sus conocimientos respecto aquellos aspectos que no han sido todavía objeto de análisis y que por sus rasgos merecen ser tenidos en cuenta. No son situaciones nuevas, sólo lo es su abordaje.

Mencionamos a continuación dos síndromes que están tomando relevancia pública, debido a la cantidad de personas que los sufren y están siendo detectados por la labor de los profesionales de primera línea, desde sus servicios de atención primaria, concretamente médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

2.7.1.- El síndrome de la Abuela Esclava

Estamos frente a una de las formas de maltrato, prioritariamente femenino, más desconocidas y con graves consecuencias. La figura de la abuela es muy respetada en todas las familias, no obstante, la operativa funcional de alguna de estas familias depende de los cuidados y atención que la abuela residente le pueda dedicar. Especialmente en las familias monoparentales el papel de la abuela es cada vez más relevante. En ocasiones están más preparadas que sus propios hijos para la educación de los nietos.

El Síndrome de la Abuela Esclava fue descrito por el cardiólogo Guijarro (2001) como consecuencia de una síntesis o abstracción de circunstancias comunes en pacientes atendidas durante décadas. Lo define como una enfermedad grave, que afecta a mujeres mayores con responsabilidades directas de ama de casa, voluntariamente asumidas y con agrado, durante muchos años. Suelen disfrutar con los nietos, raramente se quejan, aunque a menudo estén agotadas. Algunas mueren en acto de servicio, otras sufren en silencio, llevan una carga con la que ya no pueden, pero resisten por miedo a perder el reconocimiento de los suyos. Este síndrome figura en la bibliografía básica del Instituto de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la promoción de la mujer como una tipología más de maltrato. El INSTRAW,

organismo de la ONU, ha reconocido el interés social del síndrome y lo distingue como una de las más relevantes formas mundiales referidas al abuso de las mujeres mayores.

La causa del síndrome es una combinación de factores, propios y ajenos (intrínsecos y extrínsecos), que conducen a una excesiva sobrecarga física y emocional mantenida y a condicionar graves y progresivos desequilibrios, tanto somáticos como psíquicos.

El concepto de Abuela Esclava ha llamado la atención de numerosos foros sociales de diverso contenido, instituciones gubernamentales de promoción de la mujer y a muchos profesionales de diversas disciplinas sociales y sanitarias.

Tabla nº 5. Signos y Síntomas. S. Abuela Esclava

<p>Síndrome de la Abuela Esclava</p> <p>Se trata de una enfermedad grave, que afecta a mujeres mayores con exceso de responsabilidades directas de ama de casa, cuidadoras y educadoras, funciones voluntariamente asumidas y con agrado, durante muchos años.</p> <p>Se caracteriza por el elevado grado de sufrimiento crónico que provoca, con gran deterioro en la calidad de vida.</p>	<p>Signos y Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial de difícil control, con oscilaciones muy bruscas, aparentemente caprichosas. - Sofocos, taquicardias, palpitaciones, dolores punzantes en el pecho, que cambian de un lado a otro, dificultad para respirar, desvanecimientos, hormigueos. - Debilidad o decaimiento persistentes, cansancio extremo desproporcionado respecto a las actividades habituales. - Caídas fortuitas: las piernas no pueden sostener al cuerpo y la paciente cae al suelo, generalmente sin perder el conocimiento. - Malestar general indefinido, discomfort. Casi nunca se sienten confortables, a gusto ni relajadas, sin saber definir exactamente por qué. - Tristeza, desánimo, falta de motivación por las cosas.. - Descontrol de padecimientos metabólicos, como la diabetes. - Autoinculpación: se sienten culpables de su incapacidad actual.
--	--

A pesar del interés que ha despertado Guijarro (2001) al definir el síndrome de la abuela esclava, no todos sus colegas de profesión están de acuerdo con la existencia de este síndrome. J. Mercé, especialista en Geriatria del Hospital Doctor Peset de Valencia, considera que se le da demasiada importancia a un hecho que es normal. En su opinión es preferible que "los niños estén con los abuelos a que se críen en guarderías, por mucha psicomotricidad que les impongan". Es una responsabilidad para los mayores hacerse cargo de los niños, pero también ayuda a los más pequeños a conocer y responsabilizarse de las personas mayores. En este sentido, considera que tan esclava puede considerarse una madre trabajadora o cualquier padre que *"sienta el agobio de la responsabilidad de educar a un hijo"*.

En un punto intermedio entre las dos posturas se encuentra la organización ABUMAR (Abuelos en Marcha) que a través de sus actividades y manifestaciones públicas trabaja en dos frentes básicos: revalorizar socialmente la figura de los abuelos en su relación con los nietos, haciendo hincapié en la promoción de un marco legal que haga efectiva esa relación e impulsar actuaciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Para ello organizan campañas informativas y constituyen grupos de profesionales que orientan y asesoran sobre los distintos problemas. Además, favorecen la creación de talleres de formación y grupos de autoayuda, así como la puesta en marcha de programas de prevención y promoción de la salud, actividades de ocio y tiempo libre, fomento del voluntariado y trabajos de investigación.

Las Causas

El Síndrome de la Abuela Esclava se produce por un agotamiento excesivo o sobreesfuerzo físico y emocional crónicos. El estrés se refleja por el agobio que nace de esa obligación, con responsabilidad directa de cumplir simultáneamente varias tareas con eficacia, puntualidad y acierto.

Algunas de las causas que pueden provocar este estrés son las siguientes:

- Realizar trabajos o actividades extra-hogareñas, sin liberarse de las obligaciones de ama de casa.
- Familia numerosa.

- Ancianos, niños o enfermos a su cargo.
- Hijos que, tras independizarse, vuelven al hogar materno acompañados de pareja y/o hijos.
- Enfermedades asociadas al natural envejecimiento que limitan la capacidad física y emocional de la abuela.
- Ausencia o pérdida de ayudas domésticas.
- Traumatismo emocional: enfermedad grave o fallecimiento de un ser querido.
- Separación conyugal propia o de un hijo.
- Deterioro económico: disminución del poder adquisitivo tras la jubilación, fracaso de negocios familiares, pérdidas patrimoniales.
- Acumulación de obligaciones: atender a familiares que residen fuera del hogar (hijos, nietos, parientes próximos).

Perfil psicológico y social

Las abuelas esclavas vivieron años de posguerra y estrecheces. Se ejercitaron en trabajar y obedecer, sin rechistar. Siendo adolescentes no les enseñaron casi nada, pero les inculcaron un excesivo sentido de la dignidad y el pudor.

Ahora son amas de casa con responsabilidades familiares que les sobrecargan inadecuadamente, llegando a extenuarles. Pero no se quejan. Durante años han asumido como propio un trabajo equivalente a la jornada laboral de dos o más personas, habituándose a hacer en un día las labores que normalmente precisarían dos o más jornadas.

Con el paso del tiempo y el crecimiento de la familia, llega un momento en que son incapaces de responder adecuadamente a todo lo que sus familias les demandan a diario. Se amargan porque saben que su incapacidad decepcionará de alguna forma a los seres queridos. Comienzan a sentir la incompreensión de aquellos a quienes han entregado lo mejor de sí mismas durante los mejores años de sus vidas. Apenas se quejan ya que consideran humillante, incluso indigno, la petición de ayuda.

La abuela esclava puede pertenecer a cualquier clase social, si ejerce de ama de casa con responsabilidad directa asumida y reúne las características psicológicas antedichas. A veces son mujeres sin nietos pero con cargas familiares equivalentes.

¿Hay estadísticas fiables del Síndrome de la Abuela Esclava?

La negación sistemática de la abuela y la nula perspicacia de sus hijos determinan que las entrevistas encaminadas a obtener los datos personales y circunstancias ambientales no revelen con facilidad el verdadero grado de estrés de la abuela.

Todavía no existen estudios estadísticos fiables que señalen la incidencia real del Síndrome de la Abuela Esclava. Una estimación subjetiva, basada en la experiencia de Guijarro (2001) es que, en España antes o después habrá una abuela esclava en cada grupo familiar que reúna 4 a 6 mujeres adultas con obligaciones directas de ama de casa asumidas voluntariamente.

Un reciente estudio norteamericano demuestra que las abuelas anglosajonas no son ajenas a este problema sanitario y social. Sunmin Lee y sus colaboradores, de la Escuela de Salud Pública de Harvard, en Boston, han publicado recientemente (2003), en la revista científica *American Journal of Public Health*, los resultados de un estudio prospectivo, realizado con 54.412 mujeres de 46-71 años. En el mismo comprueban que el cuidado de los nietos durante 9 o más horas semanales aumenta el riesgo de infarto de miocardio y otros eventos coronarios en un 55 por ciento. El cuidado de hijos propios tiene menos influencia patológica. Los autores apuntan al conflicto del rol de abuela y al estrés, como posibles factores determinantes de este fenómeno. Es un exponente de medicina basada en la evidencia, que supone un respaldo "científico convencional".

¿Existen "abuelos esclavos"? Pocos o ningún abuelo llega a un grado de entrega familiar tan extremo como este tipo de abuelas, que son capaces de esclavizarse voluntariamente, por amor materno, antes que decepcionar a sus hijos o convertirse en un carga para ellos.

El grado de sobrecarga de los abuelos difícilmente llega a ser equiparable al de las abuelas, no solamente porque ellos se rebelan antes y se expresan con más claridad y contundencia, sino también porque a los propios hijos e hijas no se les ocurre ni siquiera sugerir a los abuelos aquellas tareas que explícitamente exigen a la abuelas.

Excepcionalmente algunos varones asumen responsabilidades semejantes si conviven con mujeres enfermas.

2.7.2.- El Síndrome De Diógenes

Se trata de una conducta de aislamiento comunicacional, ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades básicas como higiene, alimentación, cuidados de salud, vestido, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica, que se presenta habitualmente en ancianos solitarios.

La denominación se debe a Clark, A., Mankikar, G., y Gray, I. (1975) se basa en el estilo de vida misantrópico y solitario del conocido filósofo griego. Se trata de un síndrome que se produce con más frecuencia en ancianos como consecuencia de la interrelación de tres tipos de factores:

- a) Rasgos de personalidad previos, que implican tendencia al aislamiento, dificultades de adaptación social, rechazo de las relaciones humanas, misantropía (persona que se aleja del trato con la gente), etc.
- b) Factores estresantes propios de la edad tardía: dificultades económicas, muertes familiares, rechazo familiar, marginación social y otras.
- c) La soledad que, inicialmente puede surgir condicionada por las circunstancias y que posteriormente es buscada y deseada voluntariamente.

Tabla nº 6. Signos y Síntomas. Síndrome de Diógenes

Síndrome de Diógenes	Signos y Síntomas
Conducta de aislamiento comunicacional, ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades básicas como higiene, alimentación, cuidados de salud, vestido, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica.	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento comunicacional y relacional. - Reclusión domiciliaria voluntaria. - Falta de cuidados sanitarios. - Ausencia de cuidados personales básicos. - Falta de higiene en el hogar: silogomanía o acumulación de basura. - Conducta de pobreza imaginaria: con acumulación de dinero en casa o bancos asociado a creencia de pobreza extrema. - Rechazo de todo tipo de ayudas familiares o sociales.

La existencia de uno o dos signos sugiere la existencia de riesgo de Síndrome de Diógenes, mientras que una puntuación de cuatro o cinco la alcanza los casos más graves, con elevado riesgo de enfermedad y muerte en soledad.

La principal complicación es la muerte en soledad en los domicilios. Por otra parte, más del 40% de los pacientes de Síndrome de Diógenes sufren patología somática severa y mueren a pesar de ser ingresados en hospitales. Todos presentan entre otros, estados carenciales como anemia o malnutrición.

Epidemiología

Según estimaciones realizadas por De la Gándara (1995), un 1,7 por mil de los ingresos en hospitales de España de mayores de 65 años son por Síndrome de Diógenes, lo que supone unos 1.200 ingresos al año.

La Intervención

La detección de estos casos es sumamente compleja y difícil, no obstante, una vez conocido debe ser atendido en una Unidad de Geriátrica para poder abordar todos los trastornos médicos. El trabajo interdisciplinar es fundamental puesto que intervienen muchos factores de personalidad y ambientales. En el plan de acción se debe considerar el hecho de evitar el regreso del enfermo a sus condiciones previas de vida. En algunos casos es preciso tratar la patología psiquiátrica asociada como depresión o delirios crónicos. Es fundamental la coordinación entre los servicios de salud y los de servicios sociales para hacer un seguimiento y una evaluación de los casos.

2.8.- Ámbitos dónde se pueden ocasionar los malos tratos

Nuestros mayores pueden ser víctimas de maltrato, abuso o negligencia tanto en su medio natural, en la propia familia como también en instituciones residenciales, incluso en la propia calle. De ello tenemos innumerables ejemplos de noticias en la prensa de los que destacamos los siguientes:

- ✦ "Hallado el cadáver de una anciana atada a una silla" (El País, 15 de febrero de 1998)

- ✦ “Una anciana de Málaga veló el cadáver de su hermana en casa hasta que falleció ella también. Pasó un mes hasta que los vecinos del inmueble echaron en falta a las dos ancianas: nadie se extrañó de no verlas ni oírlas durante todo ese tiempo” (La Vanguardia, 27 de octubre de 1998)

Las particularidades de cada ámbito condicionan variaciones en la presentación de los malos tratos y a pesar de que las tipologías son las mismas en el ámbito domiciliario y en el institucional, en el social se convierten en marginación.

2.8.1.- El Maltrato familiar

La mayoría de los estudios realizados demuestran que la mayor parte de abusos y maltratos *se llevan a cabo en el contexto familiar*, asociado este con aquellas situaciones en las que la persona mayor presenta una dependencia funcional y requiere una asistencia constante para llevar a cabo sus actividades de la vida cotidiana. Es posible que sea debido a que la mayoría de las persona mayores viven en un contexto familiar.

La familia es el crisol de todas las violencias. Pero, el gran interrogante es saber de que forma aparece la violencia en la familia. Hay familias en las que la violencia es un estilo de vida y que ésta es transmitida de generación en generación. Por otra parte, toda agresión intrafamiliar no afecta a las víctimas de forma individual, sino que afecta a todos los miembros que componen la unidad familiar. Por este motivo, cada situación se ha de valorar teniendo en cuenta el contexto familiar y las interacciones entre todos los componentes de la familia, incluidos los ancianos.

El respeto por la vida privada y las diversas formas de valorar y de interpretar una misma situación (determinadas actitudes consideradas agresivas en unas familias pueden ser consideradas como normales y cotidianas en otras), son elementos que dificultan el conocimiento objetivo y el análisis de las dinámicas y fenómenos que tienen lugar en el seno de la familia. Así pues, los malos tratos a las personas mayores en el ámbito familiar acostumbran a ser situaciones muy complejas que han de ser contextualizadas a partir de las características del grupo familiar, de las relaciones existentes entre sus integrantes y de los diversos factores de riesgo preexistentes.

Sólo a partir de estas premisas se pueden elaborar teorías explicativas (correspondientes al modelo situacional).

Destacamos una situación que cada vez se pone más de manifiesto. Nos referimos a una pareja, ambos con edades muy longevas y en que uno de ellos debe hacerse cargo del cuidado y atención del otro motivado por un proceso de demencia. La dificultad es diversa; por un lado, después de una larga convivencia, la patología (en este caso demencia) transforma la personalidad y ocasiona una gran incompreensión de lo que ocurre en ambos cónyuges. Por otro lado, el proceso progresivo de dependencia suscita muchos planteamientos e interrogantes, ingreso o no en centro residencial, necesidad de una persona para el cuidado, todo ello generando problemas de depresión o alteraciones de comportamiento. Con demasiada frecuencia aparecen en los medios de comunicación sucesos con estas características que acaban en suicidio. “Un enfermo de Alzheimer mata a su mujer inválida y se entrega” (La Vanguardia 20.06.04).

Uno de los factores que genera mayor riesgo de vulneración de derechos es el de encontrarse en situación de dependencia. Constituye uno de los elementos más relevantes a la hora de explicar situaciones de malos tratos a las personas mayores. Recordemos que, según diversas fuentes, entre el 83% y el 90% de las personas mayores en situación de dependencia reciben ayuda de sus familias en sus domicilios (Edad & Vida, 2000). La familia, en este caso, pasa a ser el principal agente proveedor de atención a los mayores.

Las familias cuidadoras han de afrontar la falta de conocimientos, de información y de estrategias para llevar a cabo la atención de sus mayores en situación de dependencia, tanto física como psíquica, en plena soledad, durante tiempo prolongado o indefinido. Así mismo, carecen de ayudas técnicas, medios adecuados y soporte emocional. Esta situación provoca que la atención sea involuntariamente inadecuada y, como consecuencia, aparecen síntomas de intolerancia, agresividad, extremo estrés, todo ello causas de crisis familiares.

Es frecuente que una persona asuma la figura del cuidador principal y, por tanto, se le atribuya todo el peso de la carga, con todo lo que esto conlleva para ella, como es la pérdida de sus derechos personales básicos, renuncia a tener opciones de una

trayectoria profesional, privacidad, pérdida de relaciones, tiempo de ocio, libertad, dinero y muchos otros.

Constituye un factor de riesgo comprobado ejercer como cuidador de una persona anciana, con déficit físico o psíquico, más de cinco años consecutivos.

A diferencia de lo que ocurre en otros países europeos, la implementación de políticas familiares en nuestro país está escasamente desarrollada y los propios protagonistas y sus familiares acusan gravemente esta carencia. Se puede prever que las nuevas cohortes, a causa de un mayor nivel de conocimientos, de mejor información y de mayor nivel de renta, junto a la instauración de una red más sólida de equipamientos y servicios, podrán disponer de dispositivos adicionales que les permitan mejorar su calidad de vida.

Actualmente y de manera progresiva se experimenta un alto grado de preocupación y de tensión en el seno de las familias relacionado con las actitudes y los valores respecto la previsión del cuidado a las personas mayores de la familia. El sentimiento moral de la obligación por parte de los hijos de atender a los padres está cambiando y cada vez más el patrón de conducta es la coparticipación con la política social. No hay unas normas sociales claras respecto al cuidado a los ancianos, semejante a la de los niños, puesto que los ancianos son personas adultas que tienen control sobre su propia vida.

La vivienda y sus condiciones es otro de los elementos importantes a considerar. El estado de dependencia del cuidador hacia la persona mayor, en materia de vivienda (Pillemer, 1988) puede contribuir a que aparezcan situaciones de malos tratos. El solo hecho de vivir bajo el mismo techo no comporta que surjan situaciones de violencia o abuso, pero sin duda, la cohabitación de personas que mantienen una relación conflictiva, es considerada un elemento de riesgo.

2.8.2.- El Maltrato institucional

La violencia institucional se asocia con características del cuidado a largo plazo en instituciones públicas o privadas. Utilizar el término "institución" nos remite a una gran diversidad de establecimientos prestadores de servicios de salud, sociosanitarios y de

servicios sociales (hospitales, casas de convalecencia, residencias geriátricas, centros de día, etc.).

Si ya el hecho de definir el concepto de maltrato familiar es sumamente complejo, no lo es menos el del maltrato institucional. Aportamos la definición presentada por el National Center on Elder Abuse (NCEA, 1998) que se cita en los siguientes términos “toda acción u omisión relativa a un residente en una institución que causa perjuicio a esta persona o que la priva injustamente de su independencia”.

La gran diferencia la encontramos en que los autores de los actos de maltrato institucional suelen ser habitualmente personas que tienen la obligación legal o contractual de proporcionar a las personas mayores cuidados y protección. La persona cuidadora no ocupa el lugar de una persona de confianza (familia, amigo, vecino) sino que ostenta una relación jurídica.

Pero, ¿porque los ancianos están particularmente expuestos a ser víctimas de los malos tratos en instituciones?. Investigadores norteamericanos (Braun et al, 1997) han identificado un grupo de factores que, según su opinión, contribuyen a generar la violencia del personal en las instituciones del entorno de las personas mayores. Según esta relación, los factores que pueden contribuir a que existan malos tratos institucionales podemos agruparlos en tres categorías:

- a) *Las características del establecimiento.* Todo aquello referente a la titularidad (pública o privada), la ratio de profesionales y trabajadores en relación al número de usuarios, la dependencia económica, la ubicación, las condiciones de habitabilidad, la capacidad respecto al número de plazas, la falta de personal suficientemente cualificado y bien formado, la falta de directrices claras y coherentes para atender a los mayores enfermos, la aplicación estricta de las normas para el cuidado de la salud, psicológico y social, la cultura de la organización, coordinación y supervisión

En algunas residencias los ancianos se quejan de que los horarios son muy rígidos, les levantan muy temprano, comidas a las 12 (porque tienen poco personal). No les ponen la calefacción hasta la tarde (para ahorrar).,No tienen terapia ocupacional y están aparcados siempre delante la TV. Centros con malos olores por falta de aseo y ventilación.

Visitas con poca intimidad por no tener sitios reservados. Despersonalización en grandes instituciones. En algunos centros se abusa con facturas extras por servicios no demandados (y quizás no consumidos o gratuitos) y subidas arbitrarias de precio.

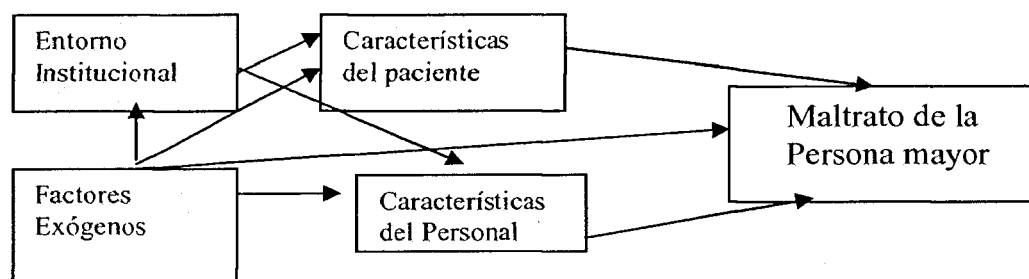
Las instituciones pueden ser la escena de violencia o negligencia sistemáticas, es decir, situaciones perjudiciales originadas, permitidas o facilitadas por los procedimientos de la propia institución (Spencer, 1994).

- b) *Las características del personal: trabajadores y profesionales de los centros.* La edad, la formación recibida, la motivación, las habilidades, los rasgos de personalidad, el estrés y el agotamiento a causa de las condiciones de trabajo, el no comprender la cultura y los valores de las personas a las que se atiende *Es un insulto no darles la palabra, ponerles a comer aparte, recriminarles episodios de manchas, incontinencia, oler mal, gritarle sin ser sordo, negarles sus hábitos, repartirse sus bienes sin su consentimiento.*
- c) *Las características de las propias personas mayores internas o residentes.* En ocasiones, las personas que viven en las instituciones padecen estados de salud deteriorados bien física o cognitivamente, hace que su capacidad de desenvolverse autónomamente por el centro sea deficiente y, en ocasiones, con conductas que irritan al personal. Lo peligroso de la situación es que no pueden manifestar su situación de maltrato.

En ocasiones, los mayores son violentos hacia los trabajadores, los injurian pegan y muerden, entre otras acciones. Si el trabajador no tiene a nadie con quien valorar, teorizar y supervisar el acto y buscar estrategias para evitarlo, sucede que el mismo cuidador se defiende del anciano y puede fácilmente cometer un acto de maltrato.

Recientemente se han desarrollado modelos teóricos para desarrollar explicaciones genéricas del maltrato institucional. El primero es el de Pillemer (1988), que afirma que el maltrato de ancianos en las instituciones se configura como el resultado de las características de los miembros, del personal y de los pacientes, que están influidos por determinados aspectos del ambiente imperante en la institución y por ciertos factores exógenos que se dan en el centro.

Gráfico nº 5. Modelo explicativo del maltrato institucional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Pillemer (1988).

Otro modelo es el de Wardaugh y Wilding (1993), denominado “la corrupción de los cuidados”. Según estos autores los malos tratos dependen de:

- El equilibrio de poder o la ausencia de éste en la institución.
- Las presiones y los tipos de trabajo.
- El fracaso de la dirección del centro.
- Las organizaciones cerradas y aisladas.
- Las formas de trabajo y su organización.
- La naturaleza de ciertos grupos de usuarios.

Un tercer modelo se basa en la tesis de que el maltrato institucional se da en tres niveles: macro, medio y micro (Bennett, Kingston y Penhale, 1997).

- *Nivel micro*: maltrato que se da entre individuos dentro de la institución (por ejemplo el que se da entre profesional y residente o entre residentes).
- *Nivel medio*: maltrato que se debe al tipo de régimen de funcionamiento de la institución (organizaciones cerradas que no toman en consideración las quejas ni de usuarios ni de profesionales).
- *Nivel macro*: maltrato como resultado del sistema a nivel normativo, legislativo, de regulación de las instituciones, entre otras.

El maltrato institucional requiere un análisis detallado, en lo que respecta a los tres niveles mencionados, para desarrollar metodologías que proporcionen conocimientos profundos de la microdinámica del maltrato.

¿Cuáles son los actores potenciales de este tipo de maltrato institucional? Podemos considerar entre otros los siguientes:

a) *El personal cuidador en todas sus categorías.*

- El acceso al puesto de trabajo es raramente vocacional, no han existido obstáculos, no se exige experiencia, no hay periodo de prueba. La contratación se hace a nivel de la administración del centro sin aviso al equipo de trabajo.
- La cualificación es insuficiente, sin formación ni preparación, sin formación psicológica y con la actitud de saber hacer la tarea por intuición (todas las personas pueden cuidar niños y ancianos).
- A menudo se sienten desvalorizados, sin reconocimiento ni institucional, ni económico (salario inadecuado e insuficiente) ni social. Sus iniciativas encuentran una oposición sistemática y no se benefician de ningún apoyo o seguimiento psicológico.
- Se sienten poco respaldados en el caso de que se les reemplace en sus tareas y lugares, aleatoriamente y no de una forma armoniosa y argumentada.
- El equipo, unidad fundamental de trabajo con las personas mayores, puede jugar un papel de amortiguador en el caso de que un trabajador decida aplicar la ley del silencio. Con el pretexto de no practicar la denuncia, aplica la política de no ver nada, no decir nada y no escuchar nada.

b) *La dirección, la administración o los responsables sociosanitarios del establecimiento.*

- En pocas ocasiones se encuentran en el establecimiento a fin de velar por la buena marcha del mismo.
- Cuando se tiene conocimiento de una queja, en nombre de la razón, ésta viene a ser temperada y enterrada.
- En ocasiones se exigen pruebas escritas imposibles de conseguir, antes de cualquier cuestionamiento.
- Relativización de cualquier incidente.
- No se practican políticas de prevención en ningún nivel.
- Se aceptan las condiciones de trabajo difíciles, que favorecen los malos tratos.

c) *Los familiares y los visitantes de los residentes.*

- El silencio de las familias ante transacciones a nivel financiero. La justificación es siempre la misma, el residente debe conformarse con la decisión de la familia, por ejemplo de vender su casa. Da igual si está en desacuerdo con esta medida, o si no está incapacitado cognitivamente para asumir personalmente esta transacción.
- También, la llegada de visitantes desconocidos, generalmente bien vestidos y llevando un portafolios, debe ser tenido muy en cuenta.

d) *Los voluntarios.*

- Son una inmensa y prometedora fuente de riqueza relacional. Aunque pueda darse cierta intrusión en la vida privada raramente comporta riesgo de abuso.
- Sin embargo, pueden contribuir dando una atención particular respecto a la práctica religiosa, acompañándoles a los servicios religiosos.

e) *Los residentes entre ellos mismos.*

- Pueden surgir conflictos producidos por la cohabitación con un coresidente que sea agresivo física o verbalmente, con episodios de delirio, agitado, litigante, con ideas de fuga, desordenado.

Tabla nº 7. Formas y signos de violencia institucional

ALGUNAS FORMAS DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL	IDENTIFICACION DE SIGNOS
A. Desvalorización de la persona	- Tuteos, moteos, indiscreciones, ridiculización, no respeto por la intimidad y el pudor, culpabilización respecto la masturbación,
B. Abuso de poder	- Forzar al residente a ir muy rápido en los actos cotidianos. - Cambiar al residente de habitación sin previa consulta y sin preparación suficiente. - Obligar a realizar ejercicios y actividades a un residente que no desea hacerlo.
C. Amenazas y chantajes	- "Si no te sientas no cenarás"
D. Robos de dinero o bienes personales	- Manifestaciones del propio residente
E. Malos tratos físicos	- Alimentación no apropiada, absorción muy rápida, no respeto por los gustos, horario inadecuado. - Atención y prescripción médica no ejecutada o con retraso, violación del secreto profesional, medicación exagerada (sedantes e hipnóticos), falta de asepsia, mantenimiento y uso incorrecto de las prótesis (audiómetro, gafas, aparato dental). - Contención física, psicológica, arquitectónica o farmacológica sin recomendación del facultativo. - Heridas inflingidas deliberadamente.
F. Violación de los derechos y libertades	- No respetar el deseo de las personas, prohibir, suprimir o impedir la utilización de los medios de comunicación: teléfono, radio, televisión, correo. - Aislamiento voluntario con fines de represión.
G. Malas condiciones del entorno	- Calefacción o aire acondicionado insuficiente. - Ventilación inadecuada, malos olores ambientales. - Materiales insuficientes o deteriorados (ropa de cama y de mesa, sillones, sillas de ruedas, colchones, etc).
H. Violencia espiritual	- No respetar las creencias de cada uno. Imponer o dirigir la atención hacia una sola religión, no asegurar la defensa y protección de los pacientes.

Las víctimas de toda esta violencia siempre son las personas más vulnerables y débiles. Una atención especial se merecen aquellas personas que no pueden manifestarse verbalmente y, por lo tanto, no pueden informar de todo aquello que les ocurre.

2.8.2.1.- La incidencia y prevalencia de los actos de violencia a las personas mayores en el medio institucional

Los malos tratos en el medio institucional han sido menos estudiados que los ambientados en el medio familiar. Entre las diversas razones se halla el hecho de que son menos las personas que viven en instituciones. Aproximadamente un 3% de las personas mayores de 65 años están institucionalizadas en España (Edad & Vida, 2000). En Estados Unidos y en Gran Bretaña son entorno al 5% y en Canadá un 9%. Hay evidencia de que estos ancianos tienen mayor probabilidad de sufrir situaciones de malos tratos que el restante 90% de los ancianos que viven en su casa (Forbes et al, 1987).

A pesar de que es muy difícil obtener información sobre la dimensión real de los malos tratos infringidos en los establecimientos para mayores, tenemos pruebas ocasionales suficientes para saber que existe un comportamiento violento en el medio institucional. Se han llevado a cabo tres estudios que a pesar de ser poco fiables científicamente, puesto que no indican la incidencia de los malos tratos, demuestran que la violencia institucional hacia los mayores existe.

1.- La Orden de enfermeras de Notario, Canadá (1993) distribuyó una encuesta dirigida a 804 enfermeras y enfermeros y a 804 auxiliares. Los resultados mostraron que el 20% dijeron haber visto ancianos maltratados en las instituciones de cuidados de enfermería. El 31% afirmaron haber visto pacientes mal atendidos. El 10% habían visto a otros empleados pegar y empujar a pacientes.

2.- El estudio más fiel ha sido el llevado a cabo por dos investigadores americanos (Pillemer y Moore, 1989). Realizaron un sondeo con una muestra de 577 enfermeras, enfermeros y auxiliares cuidadores que trabajaban en 31 centros de cuidados de New Hampshire, a los que se pidió que señalaran los

actos de violencia cometidos por otras personas del personal y/o por ellos mismos. Solamente abordaron la tipología del maltrato físico y psíquico. Se constató que el 36% de la muestra había sido testigo de violencia física ocurrida durante el pasado año y que el hecho más frecuente había sido la contención excesiva de los pacientes. Un 81% habían sido testigos de actos de violencia psicológica como montar en cólera, gritos hacia los residentes, insultos o aislamientos indebidos. Un 17% habían visto a pacientes con pellizcos, hematomas y otros signos de violencia. Un 15% habían sido testigos de bofetadas o de golpes.

El 10% de los profesionales declararon que ellos mismos habían cometido diversos actos de violencia, el más frecuente había sido la utilización excesiva de medios de contención. Y un 40% de las enfermeras reconocía haber cometido actos de violencia psicológica como gritar a un anciano enfermo.

3.- Otro estudio llevado a cabo en Canadá, en el año 1992, describe lo que los directores de centros residenciales opinaban sobre su propia experiencia y afirmaban haber modificado su opinión a lo largo de los años, pasando de una visión muy limitada y centrada en la violencia física exclusivamente a la inclusión de formas mucho más sutiles de violencia hacia las personas mayores, como puede ser la violación de derechos y el reconocimiento de una posible violencia sistemática.

Una de las lagunas de estos estudios es el carácter limitado de los instrumentos que han servido para evaluar la violencia psicológica y física (Kozma y Stones, 1995).

Es necesario hacer estudios de prevalencia para saber cuántas personas mayores son víctima de malos tratos en las instituciones en un momento determinado. Además, esto nos permitiría determinar con más precisión dónde y cómo los recursos disponibles deberían ser utilizados para la educación y la intervención.

2.8.2.2.- Desajustes legislativos en la institucionalización: necesidades reales versus respuestas jurídicas

Uno de los mayores desajustes constatables lo hallamos en el Art. 50 de la propia Constitución Española, que ha quedado desfasado y anticuado, especialmente porque vulnera el derecho a la igualdad de los ciudadanos al no existir una ley general de servicios sociales que facilitaría la coordinación y el equilibrio normativo entre todas las Comunidades Autónomas.

El hecho de que cada Comunidad Autónoma disponga de su propia legislación en la materia de Servicios Sociales tiene aspectos positivos pero también fomenta la existencia de elementos claramente diferenciadores entre Comunidades. En este sentido, apuntamos algunos ejemplos ilustrativos de que el principio de igualdad no se cumple:

- Dispersión de normas (Cantabria dispone ya de una ley de dependencia y Cataluña fue la primera en regular el derecho a la información y del consentimiento informado, entre otros ejemplos).
- Diferencias entre los criterios para un ingreso en residencias públicas.
- Diferencias con relación a las listas de espera.
- Diferencias sobre los traslados de centros entre las diferentes CCAA.
- Se debe potenciar la instauración de normas para ingresar en los centros residenciales; licencias de apertura, voluntariedad expresa del usuario, ingreso de las personas incapacitadas, entre otras.
- Otro tipo de desajuste, de quebrantamiento de derechos, se refiere al que se da en los propios centros residenciales. No disponemos, en todas las CCAA de una ley que regule los derechos de las personas ingresadas.
- Necesidad de reglamentos internos de funcionamiento.
- Expedientes asistenciales (incluir el relato de la persona).
- Instaurar las voluntades anticipadas (testamento vital).
- Formas de abordaje de la incapacidad sobrevenida (durante el ingreso).
- Defender el derecho a la intimidad y a la propia imagen.

Estas son, entre otras muchas, algunas de las diferencias y carencias que causan dificultades en la operativa de los centros residenciales para las personas mayores.

La mayor parte de los expertos recomiendan no demorar la creación e implementación de una Fiscalía para Mayores, que aborde exclusivamente la temática generada en torno a las circunstancias de este grupo de población.

2.8.3. Maltrato estructural o social

En el informe *Voces Ausentes* presentado en Ginebra el 13 de octubre de 2001, realizado por la OMS (Departamento de prevención de daños y de la violencia) y por INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor), se afirma que el maltrato estructural o social es el tipo más importante y deviene el origen de gran parte de los otros tipos de maltrato que se experimentan a un nivel más personal.

Abarca una enorme variedad de cuestiones tales como la seguridad de ingresos y alojamiento, las bajas pensiones (puesto que la crisis económica aboca a situaciones de maltrato), los prejuicios contra los mayores y la falta de respeto. También la falta de políticas gubernamentales o políticas no adecuadas, dificultades para tener acceso a los servicios sociales y de salud, entre otros.

La violencia comunitaria, denominada también estructural o social, provoca la discriminación de un grupo de población que reúne una característica común, en este caso la edad (edadismo- ageism). Las personas mayores aparecen como diana para delitos en las calles, trampas fraudulentas y otras variantes, trato discriminatorio, utilización inadecuada para fines propagandísticos, por ejemplo "el envejecimiento amenaza la sostenibilidad de la asistencia sanitaria".

En los últimos años, primero en la ciudad de Barcelona y posteriormente en otras ciudades, ha surgido de la obscuridad y del silencio una práctica de presión psicológica, que ejercen algunas empresas inmobiliarias dedicadas a la compra y venta de edificios con inquilinos que pagan rentas antiguas con el objeto de "vaciarlos", rehabilitarlos y volverlos a alquilar a precios actuales de mercado. Las personas afectadas por esta acción son, en su gran mayoría, personas muy ancianas y de gran vulnerabilidad. Este es uno de los ejemplos más ilustrativos de lo que denominamos maltrato estructural o social en nuestro contexto y al que, por su decisivo impacto en los afectados y creciente dimensión urbana, dedicamos un apartado específico.

2.8.3.1.- El Mobbing Inmobiliario

Desde hace algún tiempo nos hemos visto sorprendidos por de la existencia de una nueva forma de acoso, que se ha dado en llamar *mobbing inmobiliario* y que consiste en provocar molestias a las personas a fin de que abandonen su residencia habitual. El interés en que el inquilino abandone su vivienda viene motivado por querer forzar la venta de la misma sin cargas para que, de esta manera, pueda ser vendida a mayor precio. Sin embargo, en otros muchos casos el proceso se inicia con la venta de un inmueble con inquilinos, normalmente de renta antigua, a una sociedad que quiere liberar el edificio, rehabilitarlo y nuevamente ofrecerlo en venta o alquiler pero a precios y condiciones actuales de mercado.

Se le ha denominado *mobbing inmobiliario* por asemejarse a las estrategias utilizadas en el acoso laboral, consistentes en el hostigamiento al trabajador a fin de que abandone su puesto de trabajo.

Se usa este término para identificar las situaciones en las que una persona o un grupo de personas ejercen un conjunto de comportamientos de presión caracterizados por una violencia psicológica, de forma sistemática, durante un tiempo prolongado, sobre otra persona, con la que se mantiene un vínculo contractual a nivel de arrendamientos urbanos.

El mobbing, acoso grupal, moral o psicológico, es un síndrome de patología social consistente en la agresión sutil, sistemática, recurrente, a un individuo por parte de un grupo, individuo o entidad jurídica.

Magnitud del Problema

No se dispone todavía de investigaciones sociales que analicen la problemática, ni de estudios que descubran el grado de incidencia y magnitud del problema. No obstante podemos mencionar que el Ayuntamiento de Barcelona gestionó durante el año 2004, 130 casos de ciudadanos que denunciaron estar siendo o haber sido coaccionados para que abandonaran sus domicilios. Los perjudicados eran en su mayoría, personas ancianas beneficiarias de alquileres muy bajos y que residían en barrios antiguos (Ciutat Vella o en los distritos del Eixample, Sants-Montjuïc y Sant Martí), según la

información de la Oficina Municipal de Información al Consumidor (OMIC). Las inmobiliarias acosadoras coaccionaban a los inquilinos con engaños para impedir que pagaran su alquiler, intimidándoles o cortando los suministros de agua y luz.

El Servicio de Tramitación de la Justicia Gratuita y Orientación Jurídica a las Personas Mayores, dependiente del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona, destaca en uno de sus informes una serie de datos alarmantes sobre este mismo tema.

Uno de los pasos iniciales en el reconocimiento legal de la punibilidad de este tipo de conductas fue la reapertura de la primera querrela por mobbing que se produjo en España, presentada en 2003 y reabierta por orden de la Audiencia de Barcelona en mayo de 2004. Según la demandante, una viuda de 75 años que disfrutaba de un contrato de alquiler indefinido desde 1936 con una renta mensual de 40€ se vio coaccionada por el propietario a abandonar la finca voluntariamente, renunciando a la indemnización que por ley le correspondía por rescisión del contrato. Para conseguir el abandono de la vivienda, el mantenimiento del piso se interrumpió llevando a un importante estado de deterioro y abandono, infestado de ratas y cucarachas y lleno de grietas; sin olvidar los problemas en el suministro de agua y electricidad y la aparición de unos *okupas* que se habían instalado en el terrado. La sentencia continúa pendiente en los tribunales.

Formas de expresión

Estas conductas tienen formas de expresión muy variadas, no obstante, en la modalidad de mobbing que presentamos no existen estudios que las detallen. Podemos citar, sin embargo, algunas de las más habituales partiendo de las usadas en la terminología del acoso moral y adaptándolas a la especificidad que aquí nos ocupa:

- Ataque a la víctima a través de medidas organizativas: abusos económicos en el recibo, incrementos de la renta, no querer cobrar, deterioro del inmueble, etc.
- Aislamiento social: ignorar a las personas y no atender sus peticiones.
- Ataques a la vida privada de la persona: terror a través de llamadas telefónicas.
- Atribución de fallos psicológicos y actitudes negativas de convivencia por parte del inquilino.
- Violencia física: normalmente a través de terceros, amenazas...
- Agresiones verbales: amenazas verbales, desprestigio...

- Difusión de rumores falsos: posibles desahucios, venta del inmueble, afectado por planes de derribo...

Se puede concluir que los casos de mobbing inmobiliario reúnen una serie de características definitorias:

- Tiene su origen en la relación contractual de arrendamientos urbanos.
- Conflicto asimétrico: la parte hostigante tiene más recursos, apoyos y una posición superior a la de la persona hostigada.
- Atenta contra las necesidades del afectado, derecho a vivienda...
- La continuidad: la exposición a las conductas de acoso no es algo temporalmente puntual, sino prolongado en el tiempo. .

Sintomatología

Debido a la ausencia de estudios específicos sobre el tema, debemos remitirnos a la sintomatología detectada en el más estudiado mobbing laboral, a partir del cual podemos identificar y definir diferentes fases:

- ✚ En una primera fase se observan: Alteraciones leves alimentarias. Leves trastornos del sueño. Dolores de cabeza, espalda, nuca, cervical,... rasgos de ansiedad, inquietud. Pasividad.
- ✚ En una segunda fase, insomnio, fatiga física, desorientación, rasgos depresivos, ansiedad, inseguridad y baja autoestima, irritabilidad, sentimientos de soledad, culpabilidad, miedos.
- ✚ En una tercera fase, alteraciones cardiovasculares, depresión y ansiedad moderada, fallos de memoria, frustración y amargura.

Progresivamente estas alteraciones van en aumento y, dada la delicada salud de la mayoría de los afectados, pueden tener consecuencias muy negativas.

La Intervención

El objetivo que se debe conseguir es facilitar que el afectado se sienta escuchado, atendido y aceptado. Puede ocurrir que una vez el acosado se decide a pedir ayuda y apoyo, no le resulte una tarea fácil debido a la desinformación y al propio bloqueo conductual y cognitivo en el que se encuentra.

Los objetivos son:

- ✚ Disminuir la intensidad de las emociones de desesperanza y desorganización: el mero hecho de sentirse escuchado, reduce notablemente el malestar y la indefensión que la víctima ha padecido mientras han tenido que enfrentarse a los problemas prácticamente en solitario.
- ✚ Fomentar la actividad y la expresión emocional y verbal del afectado: se debe intentar extraer los sentimientos, pensamientos, miedos, etc., para poder explicitarlos, legitimarlos, tomar conciencia de ello y posteriormente planificar las acciones más apropiadas.
- ✚ Escucha activa: este aspecto es imprescindible, teniendo en cuenta que la mayoría de afectados pueden haber pasado previamente por otros muchos lugares y profesionales pidiendo ayuda y no han sido escuchados. Es necesario romper la desconfianza que puede haberse generado hacia determinados elementos de apoyo.
- ✚ Ofrecer información: explicar con claridad los recursos y acciones disponibles, así como los posibles efectos negativos que pueden producirse, sin crear falsas expectativas.
- ✚ Clarificar y operativizar la situación del acoso sufrido: identificar la cadena de acontecimientos pasados, evaluación del presente y anticipación de las dificultades y análisis de consecuencia.

CAPÍTULO 3

La comprensión de la violencia y los malos tratos a las personas mayores

3.1.- Modelo centrado en las situaciones.

3.2.- Modelo del intercambio social

3.3.- Modelo de la interacción simbólica

3.4.- Modelo feminista

3.5.- Otras teorías propuestas

3.- La comprensión de la violencia y los malos tratos a las personas mayores

Un repaso a las obras publicadas relativas a la violencia hacia las personas mayores pone de manifiesto el hecho de que son pocas las novedades teóricas sobre el tema, en fechas recientes.

Debido a la carencia de estudios empíricos, de incidencia o de prevalencia, que nos permitan conocer la realidad de lo que está ocurriendo en nuestro entorno respecto los malos tratos dirigidos a las personas mayores, no se puede elaborar ninguna teoría explicativa ni avanzar en el desarrollo de un modelo etiológico, por otra parte tan necesarios para llevar a cabo intervenciones adecuadas.

Somos conscientes de que existen grandes carencias de aportaciones teóricas a todos los niveles que permitan progresar en este campo, pero especialmente con respecto a los indicadores y factores de riesgo. Puntos, por otra parte, que son fundamentales para poder elaborar protocolos de detección, de intervención y de creación de programas, además de estrategias de la prevención.

Habitualmente, una teoría facilita una explicación general y sistemática de la forma cómo funcionan ciertas partes de un universo. En lo referente a la violencia hacia las personas mayores, un factor de riesgo particular, como el estrés, es a menudo tratado como una explicación teórica, aún a pesar de que el estrés solo representa uno de los factores.

Las relaciones que se establecen entre los diversos factores de riesgo y la violencia hacia los mayores deberían, sin embargo, constituir los argumentos cruciales para poder fundamentar y elaborar las teorías explicativas. No obstante, en parte de la literatura consultada (McDonald, 1996) no se mencionan las diferencias entre las

explicaciones teóricas y los factores de riesgo individuales relacionados con la violencia.

Los profesionales de los servicios sociales y los servicios de salud necesitan conocer a fondo el problema de los malos tratos para poder comprender su dimensión y gravedad y, de esta forma, ser capaces de actuar de la forma más consciente, útil y adecuada. Se trata en definitiva de dar respuesta a la pregunta: ¿por qué ocurren los malos tratos?.

A lo largo de la breve historia reportada de la violencia hacia los mayores han aparecido varias perspectivas teóricas distintas, todas ellas tomadas de otras disciplinas y campos de estudio, a las que se han incorporado algunas modificaciones con elementos propios de la violencia a las personas mayores. Destacamos las siguientes:

3.1.- Modelo centrado en las situaciones.

Se trata de uno de los modelos más aceptados a la hora de explicar y conocer las causas de la violencia familiar, hacia los niños y por extensión a las personas mayores. Se basa en que las situaciones estresantes provocan que las personas cuidadoras maltraten a la persona mayor, ya que ésta es considerada como la fuente del estrés por su deficiencia y dependencia, tanto a escala física como mental. Esta aproximación asume que los malos tratos son una reacción irracional causada por las situaciones estresantes.

Las variables situacionales que esta teoría asocia a la violencia comprenden los factores relacionados con la persona cuidadora, con la persona anciana y con las condiciones ambientales y económicas de ambas (McDonald, 1996).

Entre otras variables destacamos:

- a) Las relacionadas con la persona mayor: su estado de salud física y psíquica, los rasgos de personalidad y el grado de dependencia.
- b) Las relacionadas con los acontecimientos vitales de la persona cuidadora: separaciones, procesos de duelo, desempleo, inmigración, alcohol.

- c) Las relacionadas con la estructura del entorno: el aislamiento social, la vivienda, la falta de servicios tanto a escala formal como informal.

Hay una laguna importante en esta aproximación consistente en que no contempla ni justifica el hecho de que solamente algunas personas cuidadoras, de entre las que sufren el mismo nivel de estrés, cometen actos de maltrato, mientras que otras no los cometen.

Otra crítica se relaciona con el hecho de hacer aparecer a la víctima como culpable, reconociéndola como fuente de estrés. Esta no es una apreciación banal, sino que en un estudio se comprobó que siete de cada diez enfermeras percibían la enfermedad como la principal causa de la violencia generada (Orden de enfermeras de Ontario, 1993).

Las intervenciones fundamentadas en esta perspectiva, intentan reducir el estrés de la persona cuidadora mediante las ayudas necesarias y los grupos de soporte (Scogin et al, 1992). La prevención evitaría posibles situaciones de malos tratos.

3.2.- Modelo del intercambio social

Esta teoría está basada en la hipótesis según la cual *"... la interacción social comporta un intercambio de recompensas y de castigos entre al menos dos personas y todas buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos"* (Glendenning, 1993).

Este modelo está basado en una relación de poder y parte de la idea de que las personas mayores maltratadas tienen menos poder, más dependencia, vulnerabilidad y disponen de menos alternativas que sus agresores para continuar la interacción. Este argumento presenta numerosas dificultades pero una de las más relevantes es que plantea una hipótesis edadista (ageism). Las personas no se vuelven automáticamente dependientes e impotentes a medida que envejecen, pues en ciertas investigaciones se ha podido constatar que, en ocasiones, el maltratador presentaba un perfil como persona dependiente de la víctima (persona mayor) y era el sentimiento de impotencia el que le conducía a ejercer los malos tratos (Pillemer y Suito, 1992).

La intervención fundamentada en el estudio del intercambio social debe proceder, en primer lugar, a identificar quien desempeña el rol de persona dependiente. Si se determina que la persona dependiente es la persona mayor, entonces será necesario disponer que pueda acceder a los servicios adecuados para incrementar su independencia y poder conseguir que siendo más autónoma mejore su calidad de vida.

3.3.- Modelo de la interacción simbólica

La aproximación a este modelo, se realiza a partir de las obras de referencia sobre la violencia familiar y se centra en la observación del proceso de la relación existente entre la persona mayor y la persona cuidadora. Pone el acento no solamente en los comportamientos entre el anciano y el cuidador sino, también, en las interpretaciones simbólicas que las dos personas hacen de sus respectivos comportamientos. Un aspecto del análisis de la violencia hacia los mayores se enfoca hacia los diferentes significados que las personas atribuyen a la violencia y sobre las consecuencias que tienen estas interpretaciones en determinadas situaciones (McDonald, 1996).

La interacción social es un proceso en el que participan al menos dos individuos y se caracteriza por:

- a) Ocurrir en el tiempo
- b) Formado por fases recurrentes interrelacionadas y secuenciadas
- c) Requiere de una negociación y renegociación constante

Las personas interpretan o definen las acciones ajenas sin limitarse únicamente a reaccionar y la respuesta ofrecida se basa en el significado que le otorgan a dichas acciones. De esta forma es como la interacción humana se mediatiza por medio de símbolos. En cada uno de sus actos voluntarios la persona se determinará a sí misma diferentes objetos, dándoles significado, evaluando su grado de conveniencia para la acción que desarrolla y tomando sucesivas decisiones en función de dicha evaluación. Esto es lo que significa interpretar o actuar basándose en símbolos.

Se hace necesario considerar la autovaloración, el concepto que cada persona tiene de sí misma (teoría del "self"). En la interpretación de la realidad y de las experiencias que ocurren en ella, cada persona contribuye a configurar estas experiencias según

sus propios patrones, en los que adquieren gran relevancia todas las experiencias pasadas. La historia personal de cada uno de nosotros se actualiza continuamente, cada vez que nos relacionamos con los demás.

Un ejemplo de esta aproximación corresponde a Steinmetz (1988), según el cual esta interpretación sugeriría el estrés que experimenta la persona cuidadora y constituye un medio para predecir la carga o peso que deberá soportar y que puede ser distinta del peso real de la carga en sí. El hecho de que los investigadores no hayan sido capaces de encontrar hasta ahora el grado de relación que existe entre la deficiencia cognitiva de la persona mayor maltratada y la intensidad del maltrato, puede ser debido a que no se ha tenido suficientemente en consideración la interpretación que los cuidadores hacen de la situación.

El aprendizaje social forma parte intrínseca de esta perspectiva y anuncia, como postulado, que los autores de actos de violencia aprenden de la misma forma a ser violentos siendo testigos de dichos actos y, por otro lado, las víctimas aprenden a aceptarlos como normales. El tratamiento fundamentado en esta aproximación se centrará pues en los valores y las conductas familiares con respecto al uso de la violencia y tenderán a conseguir modificar las interpretaciones realizadas de la situación.

Entre las carencias de este modelo está el que no tiene en consideración factores sociales y económicos que podrían influir en los procesos de violencia, ni tampoco interpreta el hecho de que las personas cuidadoras que han sufrido violencia en su infancia no utilizan siempre la violencia ni contra todos los ancianos. En efecto, en un estudio en el que se compara el perfil de los autores de actos de violencia hacia los niños con el de los autores de actos de violencia a las personas mayores, se ha constatado que los padres que maltratan a sus hijos son más susceptibles de haber sufrido malos tratos en su infancia que los autores de actos de violencia hacia los ancianos. El estudio concluye con que la violencia familiar transmitida de generación en generación se corresponde más con el contexto de violencia hacia los niños que hacia las personas ancianas (Korbin, Anetzberger, Thomason y Austin, 1991).

3.4.- Modelo feminista

Los estudios de prevalencia actuales indican que el ejercicio de la violencia hacia la pareja constituye una dimensión social de la violencia más importante que la que se refiere a la practicada contra las personas mayores. Los expertos han utilizado este modelo, pero no han avanzado teóricamente sobre el resultado del mismo aplicado en las situaciones que afectan a las personas mayores. La mayor parte de los investigadores han dado por supuesto que la violencia de pareja constituye una forma "clásica" de violencia hacia la esposa. Por este motivo, desde una perspectiva feminista lo han considerado como una de las consecuencias del patriarcado familiar en el que se da un desequilibrio de poder entre los componentes de la pareja, de forma que la mujer es más vulnerable y está más expuesta a la violencia, ya sean jóvenes, adultas o viejas.

Respecto al patriarcado debemos considerar dos elementos básicos:

- a) Es una estructura en la cual los hombres tienen más poder que las mujeres.
- b) Es una ideología que legitima ese poder. No olvidemos que hasta el año 1975 el código civil español admitía que el cabeza de familia reprendiera "moderadamente" a la esposa; sólo era delito a partir de causar unas lesiones que precisaran quince días de curación.

Las intervenciones del modelo feminista se orientan generalmente hacia alcanzar la sensibilización y la resolución consensuada de los problemas en el seno de una relación de ayuda mutua e igualitaria. Los inconvenientes de este enfoque son que hasta el presente existen pocas pruebas empíricas que nos lleguen a demostrar las tesis de esta teoría. Además, nos da una visión parcial de la violencia hacia las personas mayores, puesto que los hombres mayores son también susceptibles de ser las víctimas de esta forma de violencia en la pareja (Podnieks, 1992).

La aplicabilidad de la teoría feminista a todas las formas de violencia en las parejas es una cuestión altamente debatida en la literatura sobre la violencia familiar en general. Existen dudas muy importantes sobre las teorías centradas en la relación y las dinámicas de pareja, por ejemplo entre las formadas por homosexuales y lesbianas ya que están fundamentadas básicamente en el sexo. El problema real radica en el desequilibrio de poder que se da entre los componentes de la pareja.

3.5.- Otras teorías propuestas

Florez, J., Adera, J., y García, M. (1996), apuntan la creencia de que existe una teoría ligada al incremento de la violencia social. La presión que se ejerce en el contexto sociocultural es definitiva para la existencia de todos los tipos de malos tratos y esta presión viene unida a la llamada "generación del yo" surgida en los años sesenta y que recurre al culto del individuo, a su cuerpo, a sus libertades y la devoción al dinero y al consumo, como medida del éxito personal y social. Existe, por tanto, la convicción de que no es necesaria la comunicación con la gente, ni entrar en la vida de otros con empatía, imparcialidad y afecto. En el caso de que no se alcancen estos objetivos se desarrolla reactivamente una conducta de violencia hacia la familia y hacia la sociedad que los rodea.

Otras teorías están relacionadas con factores de riesgo, tales como:

- La del aislamiento. Se basa en que la carencia de ayudas formales e informales constituye un factor de riesgo para posibles situaciones de maltrato.
- La de la psicopatología del maltratador. Establece que la persona que efectúa el maltrato posee unas características de personalidad consideradas patológicas (paranoia, esquizofrenia y otras).
- Teoría de la dependencia. Especifica que la fragilidad funcional (con la pérdida de autonomía), la enfermedad y las alteraciones cognitivas, son factores de riesgo propensos a que se den situaciones de malos tratos.

La mayoría de los estudios centrados en estas teorías se han realizado a escala individual y no a escala social y tampoco han considerado aspectos de la historia de la vida de la persona mayor en un contexto determinado, incorporando elementos económicos, sociales y políticos. Por lo tanto, carecen de la suficiente base teórica y práctica para extraer conclusiones determinantes.

Se hace necesario establecer modelos teóricos propios para que los profesionales dispongan de un amplio abanico de intervenciones que les faciliten la prestación de atenciones y recursos más eficaces y apropiados para las personas mayores víctimas de violencia y malos tratos (McDonald, 1996).

CAPÍTULO 4

Incidencia y prevalencia de los malos tratos a las personas mayores

4.1.- Los factores de riesgo en el maltrato a personas mayores

4.1.1.- Grupos de factores de riesgo

4.1.2.- Factores de riesgo en el ámbito domiciliario

4.1.3.- Factores de riesgo en el ámbito institucional

4.2.- Las características de las víctimas y de las personas que cometen el maltrato

4.3.- Consecuencias psicológicas, sociales y de salud de los malos tratos a las personas mayores

4.4.- Estudios y experiencias más relevantes en torno a los malos tratos a las personas mayores en diferentes países.

4.4.1.- Estudios y experiencias en el medio comunitario

4.4.2.- Estudios y experiencias en el medio institucional

4.5.- Organizaciones internacionales y nacionales especializadas en la atención a las personas mayores víctima de malos tratos

4.- Incidencia y prevalencia de los malos tratos a los ancianos

La violencia en nuestra sociedad es un problema de salud cada vez más importante y los malos tratos a las personas de edad avanzada es una de las facetas más ocultas y poco estudiadas de la violencia. A todo esto es necesario prever un gran incremento de estos casos debido principalmente a las transformaciones de las estructuras sociales y familiares y al progresivo envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población.

Según datos recientes de INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato a los Mayores) los estudios de prevalencia (número de personas que padecen situaciones de maltratos) sitúan el porcentaje en un 5% de casos de violencia doméstica y un 10% de violencia institucional. Estos datos provienen de estudios que utilizan distintas metodologías, así como diferentes conceptos y muestra de población. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (Informe Violencia y salud, 2002), los ancianos maltratados representan un 6% del total de la población. Este mismo informe hace mención de la importancia que tienen los casos de suicidio y de autonegligencia en las personas mayores, que constituyen una de las principales causas de mortalidad en el mundo.

Datos que provienen de estudios internacionales de base poblacional muestran prevalencias muy variables que van del 1% al 3% en Austria, Noruega o los Estados Unidos (Johns y Hydle, 1995), del 4% al 6% en Canadá, Finlandia, Holanda o el Reino Unido (Kivelä, 1995; Ogg y Bennett, 1992) y hasta el 20% en Francia (Hugonot, 1990). Estas grandes diferencias pueden explicarse por haber utilizado definiciones de maltrato distintas, más amplia, así como a haber incluido en algún estudio la vulneración de alguno de los derechos que tienen las personas mayores.

En España apenas existen estudios, no obstante, de ellos hemos podido conocer los siguientes resultados:

- Por la Universidad del País Vasco (Bazo, 2001), se llevó a cabo una investigación sobre malos tratos sufridos en el hogar por las personas ancianas que reciben el servicio de ayuda a domicilio (prestación de un trabajador familiar), concluyendo que un 47% habían sufrido algún tipo de maltrato.
- Un estudio promovido por el Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya, el año 1995, detectó que un 35% de los usuarios mayores de 65 años atendidos por servicios sociales habían sido objeto de abusos, malos tratos o expolio (Libre blanc, 1999).
- Otro estudio llevado a cabo en el Area Básica de Salud de San Joan Despi (Ruiz et al, 2001), demuestra que un 12% de los mayores de 65 años estudiados fueron clasificados como sospechosos de recibir malos tratos.
- Un estudio realizado en el ámbito hospitalario (Marin et al, 1991), determinó que un 8'6% de los ancianos ingresados estaban incluidos en el perfil de víctimas de malos tratos.
- En la investigación llevada a cabo por la autora de este trabajo (Tabueña, 2003), mediante el estudio de casos en la ciudad de Barcelona, durante el año 2002, se pudo identificar hasta un 8% de personas maltratadas entre todas las personas atendidas por los servicios sociales de atención primaria de servicios sociales y de salud.

Si hablamos de incidencia (número de casos nuevos que aparecen cada año), los datos son todavía más escasos. Según el NCEA (National Center on Elder Abuse), basándose en un estudio en Estados Unidos, se calcula esta incidencia en 10 casos por cada 1.000 habitantes/año. A pesar de todo no se puede olvidar el fenómeno iceberg, según el cual sólo salen a la luz uno de cada cinco casos de maltrato a personas mayores.

Los datos que se pueden consultar en la literatura internacional (a nivel nacional no disponemos de ningún estudio de incidencia ni de prevalencia), nos demuestran que de los casos denunciados el tipo más frecuente es el abandono seguido del maltrato físico. De no basarnos en las denuncias, los casos más habituales son la negligencia y el maltrato psicológico. En Canadá, el más frecuente es el maltrato económico, según estudio realizado en Colombie-Britanique llamado Notary Study (Spencer, 1996), con una muestra aleatoria de 200 personas mayores, de los cuales el 8% manifestaron estar siendo explotados financieramente.

La información respecto a los abusos sexuales causados a las personas mayores hasta el momento ha sido mínima. Solamente apuntar que el hecho de preguntar o examinar a las personas ancianas sobre este aspecto ha sido omitido habitualmente por los mismos profesionales tanto de salud como de servicios sociales; incluso por los mismos profesionales que han sido entrenados en interrogar en situaciones de malos tratos dirigidos a otros niveles de edad o de género (Burgess, Dowdell, y Brown, 2000). Gran parte de la explicación obedecería a la creencia de que los ancianos no pueden ser objeto de deseo sexual, estereotipo incluido en el concepto más amplio del edadismo.

La presencia de varias tipologías de maltrato en una sola persona anciana es bastante frecuente, a pesar de que las limitaciones de medida que presentan los diferentes estudios disponibles hacen necesario más investigaciones al respecto.

La repetición, a lo largo del tiempo, de los actos de maltrato sobre una misma víctima es otra de las características del fenómeno: los malos tratos son actos repetidos en un 70% de los casos. De hecho, la continuidad en el tiempo es un concepto que acostumbra a estar implícito en la mayoría de las definiciones de maltrato.

Si nos referimos a la detección, según NCEA los denunciadores o informadores de los casos de malos tratos han sido en primer lugar los miembros de la familia, seguido de la policía, los trabajadores de la salud y la propia víctima.

Hacemos constar que el estudio o investigación en el ámbito institucional ha estado mucho menos explorado que el ámbito familiar y este es el motivo por el cual desconocemos su amplitud y las características concretas.

De todos estos datos se hace muy complejo, difícil y en ocasiones poco útil hacer una extrapolación a nuestro entorno, a causa de la metodología utilizada en los distintos estudios y especialmente del contexto cultural tan distinto al nuestro dónde se han llevado a cabo.

4.1.- Los factores de riesgo en el maltrato a personas mayores

Entendemos como factor de riesgo aquella característica que cualifica a una persona, cosa o acción y que la hace más vulnerable ante una posible adversidad. Riesgo es un concepto epidemiológico, empleado para especificar la probabilidad de que una cosa ocurra sobre otra en algún momento futuro. Desde una perspectiva teórica los factores de riesgo preceden al fenómeno en cuestión.

Dos son los objetivos que se cumplen en el momento de identificar los factores de riesgo:

- a) Evitar que vuelva a ocurrir algo que ya ha ocurrido con anterioridad (prevención secundaria).
- b) Estructurar políticas, programas u otro tipo de intervenciones para evitar que la situación se repita (prevención primaria, fomentar la concienciación social y profesional sobre el problema).

Para que los factores de riesgo cumplan estos objetivos deben ir acompañados de explicaciones teóricas (por ejemplo, el género per se, no es explicativo).

El estudio de los factores de riesgo de maltrato hacia las personas de edad avanzada ha sido una labor un tanto compleja a causa de:

- La naturaleza oculta y vergonzosa del tema.
- La interrelación de las causas (persona que sufre el maltrato, persona que lo ejerce y ambiente dónde se desarrolla).
- Las limitaciones metodológicas de los estudios consultados (heterogeneidad de las definiciones, fuente de la muestra, etc.).

Todo ello dificulta las comparaciones y la obtención de evidencias de útil acceso.

Conocer y entender los factores de riesgo (características personales, ambientales, estilos de vida, experiencias y comportamientos que aumentan las probabilidades de que se presente un maltrato) es básico y fundamental para desarrollar los instrumentos de detección necesarios y precisos para el desarrollo de programas de prevención que eviten la aparición de nuevas situaciones.

El énfasis sobre los factores de riesgo se pone en la demanda de los protocolos necesarios para detectar las personas vulnerables, para evaluar la naturaleza de la violencia y poder escoger las intervenciones más apropiadas (Mc.Donald *et al* 1991). Los factores de riesgo son el fundamento de la mayoría de los protocolos para la actuación, tanto en el medio institucional como en el medio familiar y social.

Hay pocos métodos estandarizados para identificar las situaciones de maltrato o abuso, por este motivo deben valorarse interrelacionando los factores de la víctima, del agresor y del contexto. Los factores de riesgo han de tratarse con mucha prudencia puesto que son muy difíciles de estudiar por ser o raros, o muy comunes o estar solapados. No existe un estudio detallado de los mismos, a lo que podemos apuntar es a un agrupamiento por conjunto afín.

4.1.1.- Grupos de Factores de Riesgo

Los hallazgos en la literatura especializada relativos a los factores de riesgo sobre maltrato a personas mayores son muy limitados. La razón puede deberse a:

- Las primeras investigaciones sobre las causas de los malos tratos se fundamentaban en definiciones poco claras del objeto de estudio.
- En la muestra, en ocasiones se utilizaba el criterio de menos de 60 años y en otros de 65 y más.
- La metodología de estudio difiere considerablemente (encuestas telefónicas, encuestas a cuidadores, muestras aleatorias, entrevistas a pacientes en hospitales y centros de salud, etc.).
- Pocos estudios han introducido grupos control en su diseño.

Es por estos motivos que cualquier aseveración sobre los factores de riesgo debemos tomarla con mucha cautela.

A continuación presentamos y analizamos los principales factores de riesgo según su grado de evidencia. Nos basamos en la aportaciones que hace el documento *Elder Mistreatment: Abuse Neglect and Exploitation in an Aging America*, elaborado por la *National Academy of Sciences*, de Washington DC. (2003).

Los factores de riesgo pueden clasificarse en tres grupos generales

Tabla nº 13. Clasificación de los factores de riesgo en el ámbito familiar y social

<p>A. Factores de riesgo probables o con buenas evidencias. Son aquellos que vienen respaldados por varios estudios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cohabitación - Aislamiento social - Demencia - Personalidad y características del agresor - Dependencia del agresor - Hostilidad - Abuso de alcohol - Enfermedad mental
<p>B. Factores de riesgo potenciales o con evidencias limitadas. Los estudios los apoyan con reservas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Género - Relación entre la víctima y el agresor - Personalidad y características de la víctima - Raza
<p>C. Factores de riesgo cuestionables o con escasas evidencias. No hay pruebas científicas que los sustenten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad física del anciano - Estrés del cuidador - Transmisión generacional

A continuación detallamos cada uno de los factores de riesgo.

A.- Factores de riesgo probables o con buenas evidencias
<p style="text-align: center;">- La cohabitación</p> <p>La situación de convivencia aumenta las oportunidades de malos tratos, a causa de factores obvios como el contacto personal y la invasión del espacio. Algunos autores han encontrado que el hecho de vivir solo disminuye las posibilidades de maltrato (Pillemer y Finkelhor, 1988; Paveza et al, 1992; Lachs et al, 1997; Pillemer y Suito, 1992).</p> <p style="text-align: center;">- El aislamiento social</p> <p>Las familias más aisladas socialmente tienen menos control informal por parte de la red vecinal, familiar o de amigos (que pueden detectar situaciones abusivas). De esta forma una buena red social es a su vez protectora de posibles malos tratos (Lachs et al, 1994; Compton et al, 1997; Pillemer y Wolf, 1989).</p>

- **La demencia**

Los estudios llevados a cabo demuestran la prevalencia de los malos tratos físicos de pacientes con demencia que parecen ser un grupo de alto riesgo para este tipo de maltrato. Por otro lado, Coyne y otros (1993), hallaron que un 11'9% de los cuidadores de personas con demencia reconocían haber cometido maltrato físico. Este hecho puede explicarse por las conductas agresivas que pueden presentar estos pacientes, además del estrés y agotamiento que padece el cuidador.

- **La hostilidad**

Quayhagen y otros (1997), mediante un estudio con cuidadores de enfermos de Alzheimer constataron que dichos cuidadores maltrataban tanto física como psicológicamente y que presentaban altas puntuaciones en una escala de hostilidad.

- **Personalidad y características del agresor**

Existe mucha unanimidad y consenso entre los distintos estudios respecto al peso específico de distintas variables individuales del agresor como factores de riesgo en las distintas clases de malos tratos, destacando, entre otras, enfermedades psiquiátricas, características de la personalidad o abuso de drogas. Estas observaciones provienen de los estudios etiológicos de los malos tratos a niños y a mujeres.

- **Dependencia del agresor**

A inicios de la década de los 80, investigadores como Wolf encontraron que existía una dependencia mútua entre el agresor y la víctima. Más tarde, otros estudios (Anetzberger, 1987; Greenberg, Mckibben y Raymond, 1990) han constatado un alto porcentaje de agresores con dependencia económica y de vivienda.

- **Abuso de alcohol**

Varios estudios sobre maltrato a ancianos sugieren que la ingesta de alcohol entre las personas que cometen el maltrato es frecuente. No obstante, parece ser que este consumo, como factor de riesgo, difiere según el tipo de maltrato y está más presente en el físico que en la negligencia (Pillemer y Wolf 1989).

- **Enfermedad mental**

Los autores Pillemer y Wolf (1989), constataron que los problemas de salud mental o de conducta eran importantes predictores en el riesgo de maltrato. Otros estudios no diferenciaban trastornos de enfermedad mental, aunque señalaban la depresión como característica de los agresores.

B.- Factores de riesgo potenciales o con evidencias limitadas**- El género**

Se ha polemizado mucho sobre si el género femenino sufre más malos tratos que el masculino. Aunque constatamos en la literatura un mayor número de mujeres maltratadas que hombres, en principio se debe al mayor número absoluto de mujeres incluídas en el segmento de edad de más de 65 años. Sin embargo, las mujeres ancianas podrían sufrir abusos más graves y con mayores consecuencias tanto físicas como emocionales. (Wolf, 1997; Pillemer y Finkelhor, 1988).

- Relación entre la víctima y el agresor

A causa de la poca información existente no tenemos datos que permitan valorar este factor de riesgo en toda su amplitud. Parece ser que los hijos y el cónyuge serían los principales agresores (Pillemer y Finkelhor, 1988).

- Personalidad y características de la víctima

Comijs et al. (1999), mediante un estudio transversal llevado a cabo en Holanda, examinaron la personalidad de la víctima en relación al maltrato verbal, físico y económico. Llegaron a la conclusión que las víctimas mostraban mayores tasas de agresividad en la escala de hostilidad, eran más propensas a tener estilos de enfrentamiento pasivo y a evitar estrategias activas de enfrentamiento a los problemas.

C.- Factores de riesgo cuestionables o con escasas evidencias**- Discapacidad física del anciano**

En diversos estudios no se han encontrado evidencias de que el deterioro de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actuaran como factor de riesgo en el maltrato a los ancianos. Se desconoce hasta que punto este factor de riesgo es significativo en los distintos tipos de maltrato.

- Estrés del cuidador

No hay pruebas categóricas de que el estrés que puede generar el cuidado de la persona mayor pueda generar un gran riesgo de cometer malos tratos. Proporcionalmente el número de personas que necesitan cuidados son infinitamente superiores a la supuesta prevalencia de maltrato.

- Transmisión generacional

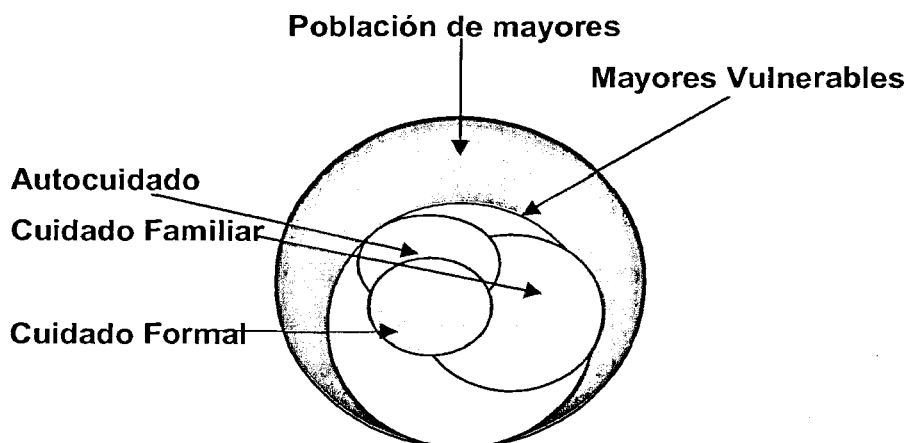
La teoría del aprendizaje social afirma que cuando las personas experimentan malos tratos u observan comportamientos violentos por parte de los padres o de otros modelos de referencia durante la infancia, tienden a comportarse violentamente en la edad adulta. Sólo se conocen dos estudios que han abordado esta hipótesis y no han encontrado ningún indicio de transmisión intergeneracional en el maltrato físico contra familiares ancianos (Pillemer y Wolf, 1989).

4.1.2.- Factores de riesgo en el ámbito domiciliario

En nuestro país la gran mayoría de personas mayores en situación de dependencia y, por lo tanto, con alto grado de vulnerabilidad, física, psíquica o emocional, viven en sus domicilios y con sus familias. La escasa atención que las políticas familiares establecen hace que el cuidado de estas personas mayores recaiga plenamente en los familiares.

Existe un gran debate sobre si los malos tratos a las personas mayores ocurre tanto en el grupo de personas vulnerables como en el de no vulnerables. Hay autores que han sostenido que la vulnerabilidad es la característica definitoria del maltrato de ancianos. Según esta definición, el maltrato se da sólo en el contexto de proporcionar y recibir cuidados. Otros autores, como Phillips (2000), han planteado una perspectiva más amplia centrada en la proporción y recepción de cuidados.

Gráfico nº 6. Representación de las divisiones dentro de la población de mayores



Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones de Phillips (2000).

Los autores Clark y Pierson (1999), destacaron la existencia de tres factores que eran universalmente considerados como factores de riesgo: a) la discapacidad o deterioro cognitivo; b) ser mujer; c) ser dependiente.

En general se diferencian los factores de riesgo asociados a la persona que comete el maltrato (en ocasiones el cuidador), los factores asociados a la víctima y los vinculados al entorno.

Detallamos algunos de los factores de riesgo identificados que favorecen o incrementan la presencia de violencia activa o pasiva, así como la posibilidad de malos tratos a los ancianos que conviven en el contexto familiar.

A. Factores de riesgo relacionados con la propia persona mayor

- La vulnerabilidad de las personas de edad avanzada centrada en su fragilidad tanto física como intelectual y psicológica; ritmo lento en sus reacciones, ausencia de respuesta inmediata; fragilidad de huesos; pérdidas de memoria.
- Las condiciones económicas, ahorros y otros bienes codiciados por familiares y por los agresores potenciales (vendedores sin escrúpulos, tirón,...).
- El aislamiento social de los mayores. Pocas relaciones extrafamiliares.
- Destacar que el hecho de padecer una patología psíquica o mental es un factor de alto riesgo para desencadenar una situación de maltrato y abuso, puesto que comporta una situación de indefensión y de dependencia (Informe Winthertur Salud, 1999), tanto a nivel funcional como emocional, que requiere una asistencia y un abordaje muy complejos.

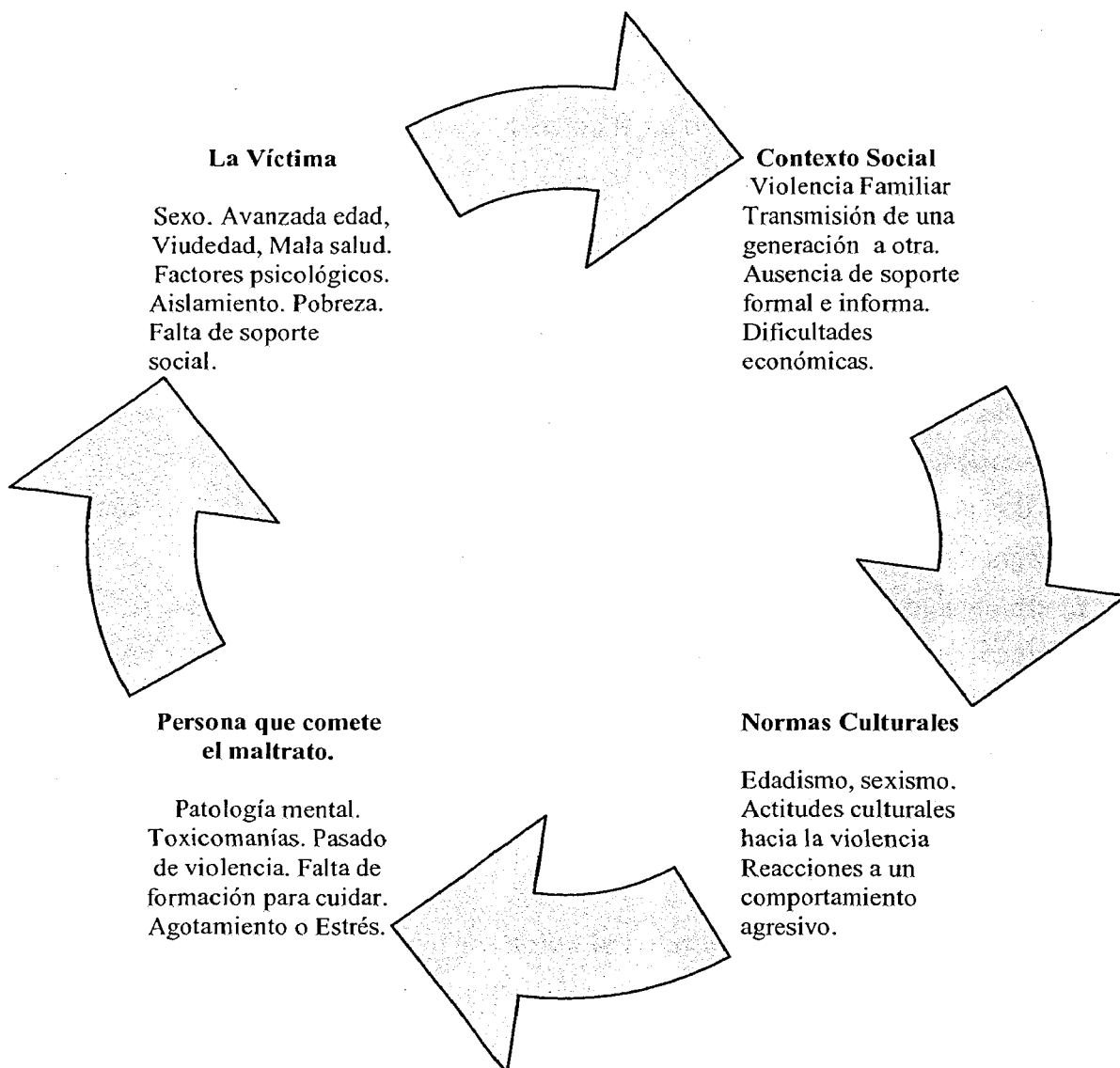
B. Factores de riesgo asociados al cuidador

- Cuando el cuidador es una persona que lleva más de 10 años prestando sus atenciones de cuidador a una persona dependiente.
- Que el cuidador tenga problemas psiquiátricos, de adicción al alcohol u otras drogas.
- Dependencia económica o emocional con la víctima.
- Problemas surgidos por acontecimientos vitales como un divorcio, paro laboral, entre otros.

C. Factores de riesgo estructurales

- Las concepciones erróneas respecto al proceso de envejecimiento, que deshumanizan a las personas ancianas.
- Los actos y las actitudes discriminatorias por la edad cronológica, el edadismo, puede llegar a ser uno de los factores más determinantes (Bytheway, 1994).

Gráfico nº 7. Esquema de las interacciones entre los cuatro elementos con sus factores intervinientes.



Fuente: Elaboración propia,

4.1.3.- Factores de riesgo en el ámbito institucional

La violencia hacia las personas mayores en el medio institucional se inscribe en las mismas categorías que las que se utilizan para describir la violencia en el medio familiar, pero las víctimas son, probablemente, más vulnerables a la violencia por la razón de que tienen necesidad del medio protector que proporciona el establecimiento.

Algunos investigadores como Spencer (1994), han añadido la violación de los derechos civiles o de los derechos fundamentales en la lista de actos de malos tratos que pueden producirse en las instituciones. Así mismo, incluyen una categoría particular referida al maltrato médico, considerado como el exceso o el defecto de medicación y los métodos de contención física que deben ser idóneos tanto en la forma como en el momento adecuado para utilizarlos (siempre con prescripción facultativa).

En las instituciones, los malos tratos a las personas mayores se relacionan especialmente con el bajo salario de los trabajadores, la sobrecarga laboral y la poca preparación para llevar a cabo las tareas cuando surgen situaciones de trastornos de conducta o de comportamiento. Pueden aparecer también si un trabajador manifiesta sentimientos negativos sobre el propio envejecimiento y el de los otros o si no tiene autocrítica o autocontrol. Así mismo, afecta muy negativamente la falta de programas específicos con los objetivos y actividades concretas para el buen funcionamiento de la institución.

Los principales factores de riesgo que pueden contribuir a los malos tratos que afectan a los mayores en un centro residencial pueden resumirse en los siguientes:

Tabla nº 9. Factores de riesgo en el medio institucional

1.- Las características de la Institución
<ul style="list-style-type: none"> • La titularidad del centro (pública o privada). • La ratio de los profesionales debe ser equilibrada con el número de usuarios. • Las condiciones de habitabilidad del centro y la ubicación, las habitaciones con espacio íntimo, espacios bien adaptados para el tipo de persona que lo ha de habitar, entre otras. • La falta de líneas de actuaciones claras y coherentes por parte de la dirección del centro. • Una organización bien estructurada, coordinada y supervisada. • La aplicación de las normativas establecidas (leyes de servicios sociales, normativas gubernamentales y otras).
2.- Las características propias de las personas usuarias de las Instituciones
<ul style="list-style-type: none"> • La edad, sexo y grado de aislamiento social. • El estado de salud y la capacidad cognitiva o física, así como grado de vulnerabilidad (física, psíquica o emocional). • La personalidad del usuario. • La historia de vida de cada uno de los residentes.
3.- Las características propias del personal de las instituciones
<ul style="list-style-type: none"> • Las habilidades y la formación adecuada para el puesto que han de ocupar. • El estímulo por la tarea a desarrollar. • La comprensión de los cambios y conductas propias e inherentes al proceso de envejecimiento. • La edad, el sexo, los valores culturales y la personalidad de cada uno de los trabajadores del centro. • El estrés y el agotamiento como reacción a las condiciones de trabajo (burn-out).

4.2.- Las características de las víctimas y de las personas que cometen el maltrato

El estudio de las características de las víctimas y de los agresores de malos tratos hacia las personas mayores ha ido evolucionando con el tiempo. Los primeros estudios, iniciados en la década de los 70, dirigidos por Kosberg (1988) ayudaron a describir el perfil de la víctima de maltrato cuyas características resultaron ser:

- Mujer de más de 75 años.

-
- Con deficiencias físicas o psíquicas.
 - Viudas o solteras, pero dependientes de una persona cuidadora de su familia, en especial una hija y que a la vez era la que cometía el maltrato (Wolf, 1988)

Posteriormente, en los años 80 y 90, se van mejorando los métodos de investigación y se concluye que todo es mucho más complejo, existiendo una gran interacción entre víctima, persona que comete el maltrato y el tipo de maltrato (Nolan, 1993).

De todas las características de las víctimas y de los agresores hallados en la literatura consultada se han seleccionado las más consensuadas:

- Los agresores, en el contexto de la violencia doméstica, son principalmente los miembros de la familia: los hijos en primer lugar, seguidos de los cónyuges y después otros parientes. También se encuentran amigos o conocidos.
- Una característica importante del cuidador es que acostumbra a tener una personalidad premórbida (igual ocurre con los agresores a menores y a mujeres), pero también que sus expectativas de vida se han visto truncadas, ya sea en el aspecto emocional, social, laboral, familiar u otro tipo de relaciones (Reis y Nahmiash, 1998).
- Las víctimas de malos tratos físicos y psicológicos tienen una salud física razonable en función de la edad pero padecen trastornos psicológicos. Los agresores tienen historia de enfermedad psiquiátrica o drogadicción, viven con la víctima y dependen de ella económicamente (Cooney y Mortimer, 1995).
- Las personas con demencia y trastornos de conducta que viven con un cuidador de la familia tienen más posibilidades de sufrir abusos físicos. Sus agresores padecen de baja autoestima y depresión clínica (Pillemer y Suitor, 1992).
- Las víctimas de negligencia acostumbran a ser muy senectas, con incapacidad física y mental. Su dependencia del cuidador es fuente de estrés (Bennett y Kingston, 1993).

No resulta tarea fácil describir el perfil de la persona que comete el maltrato, puesto que desconocemos la existencia de estudios epidemiológicos que investiguen este aspecto. Cualquier persona puede ocasionar un maltrato a otra, de hecho ocurre así.

Puede maltratar un cuidador, un familiar o también existir una relación de violencia mutua.

La literatura americana apunta a que los hombres causan más maltrato que las mujeres. Así mismo, señalan como factores de riesgo el uso excesivo de drogas, alcohol, dificultades económicas, antecedentes de conductas abusivas durante la infancia y ser cuidador único.

Inicialmente se centraba toda la atención en el agresor, hijo adulto cuidador, aspecto éste que Pillemer y Finkelhor (1988) descartan como única hipótesis y a la que añaden la posibilidad de que las personas mayores puedan ser maltratadas por otros cuidadores, sean o no familiares. Estos y otros autores han demostrado en sus estudios que los agresores con mucha frecuencia padecen problemas de diversa índole, de salud mental, disfunciones psicológicas, drogadicciones, problemas económicos y judiciales, entre otros. También destacan el hecho de que su historia de vida ha estado plagada de episodios de violencia.

Puede ocurrir que un miembro de la familia que haya sido maltratado anteriormente por la persona anciana asuma el papel de cuidador y en esta situación pueden darse malos tratos como resultado de reproducir comportamientos aprendidos, formas de resolver los conflictos y por razones inconscientes.

Anetzberger (1987), define y establece la existencia de tres perfiles de personas que maltratan:

- a) *Los hostiles*: son aquellos que han sido previamente maltratados por el anciano, manteniendo en la actualidad una relación difícil con él al tener que asumir el cargo de cuidador por obligación
- b) *Los autoritarios*: se catalogan en este apartado todas aquellas personas que son intransigentes con las incapacidades del anciano, adoptando en la actual relación la rigidez que este les mostró desde niños.
- c) *Los dependientes*: en este apartado se incluyen a los individuos que son sujetos inmaduros, normalmente solteros o separados, con una posición dentro de la sociedad muy por debajo de sus expectativas y dependiendo económicamente de la persona mayor. Son los que menos asumen la responsabilidad del maltrato.

Resulta extremadamente importante identificar la tipología de la persona que comete el maltrato para poder hacer una adecuada intervención; esto se consigue recurriendo a sesiones clínicas interdisciplinares y con la ayuda de los protocolos adecuados.

4.3.- Consecuencias psicológicas, sociales y de salud de los malos tratos a las personas mayores

La mayor parte de la literatura sobre los malos tratos a las personas mayores está enfocada a cómo poder detectarlos y la forma más idónea de intervenir en ellos. No obstante, existen autores que han dedicado su reflexión a teorizar y buscar datos sobre el efecto de los malos tratos en las personas que los padecen.

Es relativamente fácil establecer una relación directa entre una lesión física y sus secuelas posteriores, avaladas por el seguimiento médico, pero es mucho más complejo establecer esta relación cuando se trata de un daño psicológico. En este caso, se plantea un modelo ecológico explicativo, en el que la personalidad de la propia víctima, las relaciones con el entorno y las experiencias sociales previas son los parámetros a tener en cuenta para poder efectuar una evaluación.

En muchas ocasiones, en los informes no aparece la descripción de las consecuencias que han supuesto los abusos económicos, las humillaciones o las agresiones sexuales, es decir, el impacto que los distintos tipos de malos tratos hayan podido causar a la persona mayor, sino que solamente se suele detallar la consecuencia más grave a título de resumen global. Las víctimas pueden sufrir multitud de secuelas mucho más difíciles de apreciar, pero igualmente graves a corto y largo plazo.

A pesar de todo, se apunta que la violencia y los malos tratos a los mayores, tanto en el medio familiar como institucional, causan morbilidad y mortalidad importantes. Lachs *et al.* (1998), afirman que el hecho de sufrir malos tratos acorta la vida.

Al margen de las agresiones que causan la muerte de forma directa, como pueden ser los golpes en la cabeza, que pueden provocar hematomas o bien otras lesiones físicas letales, existen otras agresiones que de forma indirecta reducen el estado de salud y la calidad de vida, como pueden ser las fracturas que implican inmovilidad y deterioro de la salud global.

La hipotermia y la hipertermia también son causas potenciales que precipitan la muerte de las personas mayores, especialmente de las que padecen una discapacidad y que en muchos casos, con un buen seguimiento podría ser evitada.

Por lo que se refiere al estado nutricional y de hidratación, son también factores importantes para la defensa del organismo hacia posibles enfermedades y ante la respuesta inmunológica. La desnutrición favorece la aparición de úlceras de decúbito en los pacientes encamados, de la misma forma que la falta de higiene y la inmovilización postural.

Si nos referimos a los trastornos psicológicos asociados a los malos tratos, podemos relacionar la ansiedad, la depresión y la baja autoestima entre otros, los cuales pueden producir disfunciones físicas en diversas áreas de la persona y afectar al descanso, producir mareos y dolor de cabeza o trastornos de la alimentación. También pueden producir disfunciones psíquicas como la angustia, la irritabilidad, reducción de la capacidad de memoria y de la expresión, aislamiento social, alteración de la percepción y de la valoración de lo que sucede y tentativas autodestructivas como el suicidio.

Se cita también el estrés postraumático, el cual aparece en muchas de las víctimas de violencia o de maltrato, las cuales suelen sentirse responsables de su situación. Tienen sentimientos de vergüenza y tienden a minimizar los efectos, por lo que no se conceden el derecho a pedir ayuda. Ante una situación peligrosa el cerebro libera una hormona que desencadena los mecanismos para poder superar el peligro a través de la huida. Las personas que son capaces de normalizar el nivel hormonal después de una alarma no desarrollan el estrés postraumático, cuando el cerebro permanece en alerta aparece el estrés. Si además el peligro se repite provoca la desmoralización de la persona que se forma una imagen negativa de sí misma o alberga sentimientos de inferioridad (Trujillo, 2004).

El proceso de envejecimiento entraña la reducción de la capacidad de recuperación, por lo que las personas de edad que han sido víctimas de malos tratos pueden no llegar a recobrase nunca del todo, física o emocionalmente, de la experiencia sufrida.

Son desconocidos los efectos de los abusos sexuales en los hombres, por el contrario sí se conocen algunos de los efectos en las mujeres, las cuales desarrollan conductas fóbicas y de evitación, así como miedo, ansiedad, estrés postraumático, desintegración social respecto de sus relaciones afectivas y de ocio, entre otras.

Los malos tratos tienen serias consecuencias para el bienestar de la víctima, tal como se demostró en la investigación llevada a cabo, a nivel nacional, en Canadá (National Clearinghouse on Family Violence, Health Canadá). Se hace, pues, necesario introducir el concepto de mortalidad evitable, referido a los casos en que la causa de la precipitación a la muerte de una persona mayor ha sido debida o ha estado relacionada con los abusos y malos tratos tanto en el medio familiar como institucional y estructural.

La Organización Mundial de la Salud (OMS - Informe Violencia y Salud, 2002) ha calificado a la violencia como un problema de salud pública y de derechos humanos en todo el mundo y, a pesar de que no hay estudios específicos sobre el suicidio en personas mayores, las cifras globales de suicidio en este grupo de edad son tres veces superiores a las de otros grupos.

Estas, entre otras consecuencias, son las que ponen en evidencia la gravedad del tema de los malos tratos a las personas de edad avanzada y también ponen de manifiesto la necesidad de aplicar actuaciones que vayan dirigidas, bien a la raíz del problema mediante acciones preventivas, bien a las fases iniciales del problema para una detección precoz, o bien a eficaces intervenciones multidisciplinarias acompañadas de los recursos idóneos.

4.4.- Estudios y experiencias más relevantes en torno a los malos tratos a las personas mayores en diferentes países

En este apartado recogemos, de una forma resumida, los principales estudios y experiencias a nivel internacional y nacional cuyo objeto de estudio ha sido el conocimiento y tratamiento de los malos tratos a las personas mayores.

Numerosos estudios han permitido documentar la existencia y la naturaleza de la violencia y los malos tratos a las personas mayores, pero pocos han sido los que han recogido datos sobre la prevalencia (número de casos en toda una vida) y sobre la incidencia (número de nuevos casos en un periodo determinado).

Resulta muy difícil recoger datos exactos, no solamente porque las definiciones varían mucho sino también por la metodología empleada para tratar este tema tan sumamente delicado, a lo que añadimos que las muestras utilizadas tampoco representan completa ni exactamente a todas las personas mayores (Decalmer y Glendenning, 2000).

Vistas estas dificultades, se explica por qué no es fácil interpretar los porcentajes de prevalencia antes citados y con tal grado de variación desde 1 a 3% en Australia, Noruega y Estados Unidos, al 4% en Canadá, 5% en Finlandia y más elevados, 17% en Suecia y 20% en Francia.

A continuación presentamos una relación extraída de los muchos estudios y experiencias llevados a cabo en distintas partes del mundo que nos muestran cómo se pretende conocer, prevenir y abordar el fenómeno de la violencia ejercida sobre las personas mayores.

4.4.1.- Estudios y experiencias en el medio comunitario

Estados Unidos es el país que lleva a cabo y publica más estudios respecto al tema de los abusos a las personas mayores. Exponemos a continuación los que consideramos nos pueden aportar una información más significativa.

Tabla nº 10. Estudios y experiencias en el medio comunitario

PAÍS:	METODO	RESULTADOS
Estados Unidos		
- Wolf (1986)	Diseño: descriptivo Método: análisis de casos de ancianos maltratados en un proyecto de intervención. Muestra: 59 casos de ancianos maltratados comparados con 49 casos aleatoriamente seleccionados de una base de no maltratados.	Las víctimas y los demás no abusados tenían similar edad, sexo y estado de salud. Los cuidadores en ambos grupos tenían similar edad y estado de salud. Más maltratadores eran hombres. La mayoría de maltratados residían con miembros de su familia. Los demás que vivían solos. Las víctimas y los maltratadores tenían más problemas psicológicos y de salud emocional. Las víctimas no aparecieron como más dependientes.
- Pillemer y Finkelhor (1989)	Diseño: descriptivo Método: caso control Muestra: 46 víctimas de abuso o negligencia y 215 controles aleatorios.	Los factores asociados con el maltrato a ancianos incluyen la dependencia de la víctima y el estrés. Entre los factores de la víctima se incluye la incapacidad, la dependencia con el abusador y la relación conflictiva (entre esposos solamente).
- Paveza et al. (1992)	Diseño: descriptivo Muestra: 184 pacientes enfermos de Alzheimer.	Problema importante de violencia familiar grave: prevalencia total 17'4%. El 15'8% de los pacientes habían sido diagnosticados violentos. El 5'4% de los cuidadores declaran ser violentos con los pacientes. La violencia de los enfermos de Alzheimer contra los cuidadores era un problema serio.
- Lachs et al. (1994)	Diseño: estudio de cohorte prospectiva. Método: comparación de casos con adultos de una base de datos de servicios Muestra: 329 mayores investigados en 1985 y 1986. Análisis: cálculo de riesgos relativos	68 individuos (2'4%) de la base de datos fueron objeto de investigación por un defensor. Los factores de riesgo de la investigación de maltratos en mayores incluyeron: Necesidad de alimentación Ser una minoría Tener más de 75 años Contar con una escasa o nula red de apoyo social.
- Lachs et al. (1998)	Diseño: estudio de prospectiva de cohorte. Medida: mortalidad entre ancianos para los cuales los servicios de protección fueron requeridos para corroborar el maltrato y ancianos que atendieron los servicios de protección por negligencia. Muestra: 176 adultos del servicio de protección a los	Los ancianos de la cohorte visitados por maltratos en cualquier momento durante el seguimiento tuvieron una supervivencia menor (9%) que los no maltratados. Casos corroborados de maltrato y autonegligencia están asociados con menor supervivencia después de corregir el efecto de otros factores asociados con el incremento de mortalidad en ancianos.

	ancianos.	
- Rosenblatt et al. (1996)	Diseño: descriptivo Método: análisis de datos en casos denunciados por supuestos abusos entre 1989-1993 en el estado de Michigan. Muestra: 27.371 casos de posibles maltratos a ancianos.	17.238 de los casos fueron mayores de 65 años. Los médicos reportaron sólo el 2% de los casos La ratio de comunicados de los médicos no se ha incrementado en los últimos 5 años.
- Pavlik et al. (2001)	Diseño: descriptivo Método: Análisis de los departamentos de Protección de Adultos de Texas. Muestra: 62.258 denuncias de maltrato de personas mayores en 1997.	La negligencia supuso el 80% de las denuncias. Los casos de notificación al servicio de protección de adultos se incrementaron significativamente a partir de los 65 años. La prevalencia fue 1.310 sobre 100.000 de 65 años de edad.
- National Center on Elder Abuse (NCEA) y The American Public Human Services Association (1998)	Diseño: descriptivo Método: informes de las incidencias reportadas por oficinas de vigilancia. Muestra: 20 Condados de los EE.UU en 15 Estados. Muestra nacional representativa de personas mayores de 60 años,	551.000 casos de ancianos maltratados en 1996. Las ancianas sufren mayor tasa de abusos que los ancianos. Los mayores de 80 años sufren abusos y negligencia en la proporción 2-3 veces superior. En casi el 90% de los casos de maltrato, el culpable es un miembro de la familia y 2/3 son hijos adultos o esposos. Las víctimas de autonegligencia, normalmente están deprimidas, confundidas o extremadamente frágiles.

Merecen mención especial los trabajos realizados para conseguir protocolos e instrumentos de detección y diagnóstico, que faciliten la tarea de los profesionales y conseguir, de esta forma, un abordaje de las situaciones de malos tratos a los ancianos. Entre otros destacamos los siguientes:

- *Neale, Hwalen y Segstock* validaron un instrumento de cribado de malos tratos que explora distintas dimensiones del maltrato físico, psicológico y económico, así como la negligencia y la vulneración de los derechos. Es de utilidad en el contexto de una entrevista semiestructurada realizada por profesionales entrenados.
- *La American Medical Association (AMA)*, elaboró una guía de diagnóstico y tratamiento para los malos tratos a los ancianos, asimismo confeccionó un cuestionario de nueve preguntas dirigidas a la detección de situaciones de malos tratos que engloban las diferentes tipologías. Se recomienda que sea aplicado por los médicos u otros profesionales de la práctica clínica diaria.

-
- La tendencia de los últimos años en Estados Unidos es la de elaborar protocolos a nivel local que tienen por finalidad mejorar la prestación de los servicios a la comunidad. Un ejemplo de este movimiento lo encontramos en San Francisco (California) con la creación de un consorcio dedicado a la prevención de los abusos de las personas mayores; se trata de una red de 55 organizaciones orientadas a mejorar la intervención de los profesionales de la ciudad en casos de maltrato a personas mayores.

Canadá destaca por la preocupación e inmersión en el conocimiento y elaboración de instrumentos para abordar los casos y situaciones de malos tratos a las personas mayores. He aquí algún ejemplo de ello:

PAÍS: CANADÁ	MÉTODO	RESULTADOS
- Estudio Ryerson llevado a cabo por Podnieks et al. en 1990	Diseño: descriptivo. Muestra: 2.008 personas mayores de 65 años elegidas al azar, mediante una encuesta telefónica nacional.	El 4% de la muestra había sido objeto de maltrato; el 2'5% de explotación financiera; el 1'4% de agresión verbal crónica; el 0'5 de maltrato físico y el 0'4 de negligencia. Los hombres y las mujeres estaban igualmente representados entre las víctimas.
- El Notary Study realizado por Spencer en el año 1996	Diseño: descriptivo. Muestra: 200 personas mayores seleccionadas de las listas de empadronamiento provinciales. Lugar: Colombie-Britannique. Objetivo: abusos económicos.	Un 8% habían sido objeto de abuso económico después de haber cumplido los 60 años. Tanto hombres como mujeres eran igualmente susceptibles de explotación por la familia y especialmente por la hija. Los tipos de abuso fueron las transacciones inmobiliarias y la cesión de derechos de propiedades.
- Podnieks. "National survey on abuse of the elderly in Canadá" (1992)	Diseño: descriptivo. Método: entrevista telefónica. Muestra: 2000 personas mayores seleccionadas al azar. Ámbito: todo Canadá.	El 4% manifiesta haber sido maltratado por parte de su familia o de un cuidador: 2'5% maltrato financiero. 1'4% maltrato psicológico. El abuso físico se dio más entre esposos.
- Reis y Nahmiash (1998)	Validación del IOA (Indicadotors of Elder Abuse Screen).	Instrumento de referencia para los profesionales que abordan situaciones de malos tratos de personas mayores. También han validado dos tests de cribado muy prácticos y ágiles: el BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly) y el CASE (Caregiver Abuse Screening) para administrar a los cuidadores.

Como representante de los países nórdicos exponemos la investigación de Kivela en Finlandia, aunque Noruega y Suecia también disponen de trabajos interesantes.

PAÍS: FINLANDIA	MÉTODO	RESULTADOS
- Kivelä, S.L. 1995	Se utilizaron cuestionarios escritos y evaluaciones clínicas. Muestra: 1.225 personas de más de 65 años. Ambito: dos ciudades de Finlandia, una semi industrializada y otra rural.	Se encontró que un 3'3% de hombres y un 8'8% de mujeres padecían situaciones de maltrato. Todas las tipologías alcanzaron un 5'4%.

Inglaterra es un país que muestra gran interés por todo el tema de la violencia y los abusos. Referenciamos una muestra de estudio centrado en personas mayores.

PAIS: INGLATERRA	MÉTODO	RESULTADOS
- Ogg, J. y Bennett, G. (1992).	Diseño: descriptivo Muestra: 593 personas mayores de 65 años. Ambito nacional.	El 5'6% eran víctimas de maltrato verbal, el 1'7% de abuso físico y el 1'5% de abuso económico, ejercidos por un miembro de la familia.

Alemania dispone de trabajos sobre los malos tratos a personas mayores desde la década de los 90y tiene investigaciones muy interesantes.

PAIS: ALEMANIA	MÉTODO	RESULTADOS
- Instituto de Investigación de Criminología de Hannover en el año 1992 (En Schnabel et al. 2001)	Diseño: descriptivo Muestra: 633 entrevistas a personas de 60 a 75 años que vivían en el domicilio. Ámbito: lander	Encontraron que padecían maltrato entre un 5'6 y un 7'6%. Las tipologías, abuso físico, agresiones verbales, abuso económico, negligencia y abuso de medicamentos.
- Estudio llevado a cabo por Handeln starr Misshandeln (HsM) en el año 1999 (En Schnabel et al. 2001)	Muestra: encuesta por correo en la ciudad de Bonn	Se estimó una prevalencia del 10'8%.

- Así mismo, el *Instituto de Criminología de la Universidad de Würzburg, en Baviera*, sigue la línea de trabajo propuesta por la American Medical Association, que solicita estudiar los casos de tipo penal que aparecen, como asesinatos por sobredosis de fármacos, intoxicaciones o agresiones y que cuentan con testimonios de anatomopatólogos. A tal efecto de dan una serie de recomendaciones, como la de practicar la autopsia cuando haya sospechas fundadas de muerte como consecuencia de algún maltrato y notificar dichas sospechas al forense.

Fruto de ello, el citado Instituto presentó los resultados de 10 autopsias practicadas como consecuencia de haberse producido más fallecidos de los esperados (un total de 16 defunciones) durante dos semanas en una institución y así dar inicio a una investigación, con el resultado de dos casos de sobredosis que podían explicar la causa de la muerte.

En Francia, un punto de partida importante fue la creación de la organización ALMA (red telefónica de ayuda a personas mayores maltratadas) a cargo del profesor R. Hugonot. Mediante sus acciones y trabajo ha ido sensibilizando al país de la visibilidad de los malos tratos a los mayores. En ella se forma a voluntarios en el tema y se llevan a cabo informes a partir de los datos de las víctimas que sirven para orientar las políticas sociales de asistencia a las personas mayores maltratadas en Francia.

PAIS: FRANCIA	MÉTODO	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Le Quotidien du Médecin (1993) - En Hugonot (1998) 	<p>Método: cuestionario de doce puntos sobre el tema de los malos tratos a los ancianos, dirigido a médicos en activo. De 82.000 ejemplares enviados se respondieron 250.</p> <p>Ámbito: nacional</p>	<p>Los abusos físicos, los hematomas y los excesos de neurolépticos fueron los más importantes.</p> <p>Siguen las humillaciones y los ingresos involuntarios en las instituciones.</p> <p>La negligencia ocupa un lugar importante respecto la higiene y la nutrición.</p> <p>La constatación de malos tratos suele ser fortuita (65%).</p>

- Como iniciativa local en Francia, también destacamos la realizada por el *Consejo General de la Gironda*. Los servicios sociales disponen de un protocolo para detectar situaciones de malos tratos y también la calidad de vida de las personas mayores que son usuarias del programa de acogida familiar. Las familias que participan reciben una compensación económica para llevar a cabo este servicio.
- A causa de los efectos producidos por la canícula del verano de 2003, Francia ha reaccionado respecto el tema de los malos tratos y está implementando diversos programas de evaluación de cuidados a personas mayores.
Por ejemplo, *la Secretaría de Estado para las personas mayores*, durante el mes de marzo de 2004 lanzó una campaña, mediante un tríptico distribuido en cinco departamentos piloto, con el objetivo de potenciar la prevención, la información y la acción.
- Otra experiencia es la que nos aportan los profesionales de la gerontología a través del *Instituto de Gerontología de Limousin*, los cuales han elaborado una Carta constituida por 20 artículos donde especifican las necesidades más acuciantes como: la formación, los valores humanos, las titulaciones, la pedagogía,

el soporte psicológico, la óptima organización, la elaboración de proyectos coordinados, el acentuar la investigación en gerontología, entre otros.

- Por primera vez en Francia, *la Universidad de Saint-Etienne* organizó en 2003 un Diploma Universitario: *Formación de Formadores en Envejecimiento y Maltrato*. Va dirigido a médicos y otros diplomados en salud o profesionales que trabajan con personas mayores.

Nuestro país todavía hoy adolece de sensibilización respecto el tema de los malos tratos a las personas mayores. Como veremos, alguna aproximación al tema se ha llevado a cabo, pero se deben hacer acciones a nivel más general y, lo que es más relevante, dedicar recursos para atender las situaciones que se presentan.

PAIS: ESPAÑA	MÉTODO	RESULTADOS
- Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya (1995)	Entrevistas a los profesionales de centros hospitalarios, residencias geriátricas y centros de atención primaria de Catalunya.	El 35% de la población usuaria de los Servicios Sociales de Base ha sufrido abusos psíquicos y económicos, producidos en su mayoría en el seno de la familia
- Ruiz y otros (2000)	Estudio transversal para conocer la prevalencia (SMT). Muestra: 307pacientes de 70 años y más, en el Área Básica de Salud de Les Planes en Sant Joan Despi (Barcelona).	El resultado fue de una prevalencia del 11'9% de sospecha de malos tratos (SMT). 18% correspondía al sexo femenino. Los presuntos perpetradores fueron un 57% hijo/a; 8% cónyuge; 23% nuera/yerno. El 19% presentaban toxicómanías y un 15% trastornos psiquiátricos.
- Bazo, T. (2001)	Análisis de 104 cuestionarios cumplimentados por auxiliares domiciliarias que atienden a 2.351 ancianos de cinco municipios del País Vasco, Andalucía y Canarias.	Los casos detectados representan un 4'7% de la población del estudio. De ellos el 81% son mujeres víctimas y el 19% hombres. El 55% de los casos de maltrato han sido perpetrados por la hija/hijo y el 12% por el cónyuge.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (2004)	Estudio cualitativo. Muestra y técnica: 7 grupos focales con profesionales que trabajan en la atención sociosanitaria de las personas mayores. Ámbito de estudio: nacional	Se categorizan cuatro grupos de riesgo: a) Personas ubicadas en hospitales tienen mayor riesgo de maltrato. b) Personas con deterioro cognitivo que viven en residencias. c) Personas con dependencia física tanto en domicilio como centros. d) Personas de personalidad frágil o conformista que reciben servicios sociales o sanitarios.

- SEGG – IMSERSO Sociedad Española de Geriatria y Gerontología Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2004)	Estudio cualitativo. Muestra y técnica: 10 grupos de discusión con personas mayores de entre 65 y 75 años. Ambito de estudio: nacional	Se identifican seis aspectos críticos que serian áreas de vulnerabilidad para el maltrato: a) la independencia económica. b) el valor social. c) la comunidad. d) la esfera afectiva centrada en la familia y la pareja. e) la función de cuidadores. f) la seguridad.
--	--	--

Debemos reconocer que en estos momentos se están llevando a cabo proyectos muy alentadores por parte de muchos profesionales de nuestro país, que llenarán el gran vacío que existe y conseguiremos de esta forma teorías explicativas y el desarrollo de un modelo etiológico, tan necesario para llevar a cabo intervenciones adecuadas. Presentamos algunos de ellos, correspondientes a acciones puntuales desde iniciativas autonómicas.

- El *Departamento para la Política Social de Guipúzcoa* ha editado, en mayo de 2004, una guía dirigida a prevenir, descubrir y actuar ante situaciones de malos tratos a las personas mayores. El manual recoge pautas para descubrir situaciones de abusos, orienta al anciano sobre qué hacer si es víctima o conoce algún caso cercano y propone un modelo de atención e intervención por parte de las instituciones.
- La *Consejería de Asuntos Sociales de Andalucía*, mediante el *Teléfono del Maltrato a las Personas Mayores (900 858 381)*, gratuito, pone a disposición de los ciudadanos un instrumento para denunciar situaciones de riesgo que afecten al colectivo de mayores, a la vez que posibilita la intervención más adecuada en cada caso. Desde su puesta en funcionamiento en 1999 hasta marzo de 2004 se registraron 1093 llamadas, de las que 528 fueron catalogadas como denuncias.
- El teléfono de Atención al Mayor del gobierno de Valencia atendió 250 casos de malos tratos desde diciembre de 1997 a 2002.

4.4.2.- Estudios y experiencias en el medio institucional

El término institución se refiere a un amplio abanico de establecimientos como pueden ser, hospitales, centros de convalecencia tanto de corta como media y larga estancia, centros de día y residencias geriátricas. El maltrato institucional ha sido menos investigados que el familiar. No obstante, existen pruebas e informes suficientes que nos demuestran la existencia de una amplia variabilidad de tipologías de abusos y malos tratos causados en el medio institucional: la explotación material, la violencia física, el maltrato médico mediante la contención física o química, la violencia psicológica, la infantilización y el aislamiento social, entre otros, son algunas de las referencias.

Exponemos a continuación algunos estudios que consideramos relevantes:

Tabla nº 11. Estudios y experiencias en el medio institucional

PAIS: ESTADOS UNIDOS	MÉTODO	RESULTADOS
- Pillemer y Moore (1989)	Diseño: Descriptivo Muestra: 577 cuidadores en 31 centros de salud de New Hampshire.	El 36% de la muestra había sido testigo de, al menos, un incidente de violencia física durante el año anterior. Un 81% habían sido testigos de al menos un acto de violencia psicológica como montar en cólera, gritos hacia los residentes, insultos o aislarlos indebidamente. Un 10% de los profesionales declararon haber cometido abusos físicos (medidas de contención) y el 40% admitían haber cometido abusos psicológicos (gritos).
- Fulmer et al. (2000)	Diseño: descriptivo. Método: análisis y Probabilidad Muestra de clientes hospitalizados en el estado de New Cork. 9 centros escogidos a través de un muestreo aleatorio.	La prevalencia de maltrato en ancianos fue del 12'3% El comportamiento aprensivo fue el más declarado. Los trabajadores sociales se preocuparon de ancianos que parecían temerosos en presencia de su cuidador.
- Fulmer et al. (2000)	Diseño: descriptivo Medida: EAI (Elder Assessment Instrument) Muestra: 180 pacientes de urgencias con 70 años o más	36 pacientes fueron seleccionados para el estudio 7 pacientes dieron positivo por negligencia. Las enfermeras detectaron los casos de negligencia con fiabilidad superior al 70%.

- La Orden de enfermeras de Notario (Canadá, 1993)	Muestra: encuesta dirigida a 804 enfermeras/ enfermeros y a 804 auxiliares	El 20% dijeron haber visto ancianos maltratados en las instituciones necesitando cuidados de enfermería. El 31% afirman haber visto pacientes mal atendidos. El 10% habían visto a otros empleados pegar y empujar a pacientes.
- Marín y colaboradores (1991)	Encuestas en ámbito hospitalario.	Un 8'6% de los ancianos ingresados entraban en el perfil de personas maltratadas.
- Severman et al. (1998)	Método: Encuesta por escrito al personal cuidador de mayores en instituciones. Participaron 499 profesionales. Ámbito: dos ciudades suecas geográficamente distantes.	Se verificó que el 11% de los cuidadores conocían casos de malos tratos y el 2% reconocía que habían cometido actos de violencia contra las personas mayores. Las tipologías más frecuentes eran el abuso físico y el psicológico.

- Las víctimas de delitos sexuales, referidos a menores o a mujeres, habitualmente son atendidas en todos los países en los servicios de urgencias hospitalarios. En cambio, en estos servicios no cuentan con estadísticas sobre delitos sexuales cometidos sobre personas ancianas. Por este motivo, destacamos un estudio realizado por la *Escuela Universitaria de Enfermería de Philadelphia (Pennsylvania)*. Se trata de un análisis de la información recopilada de 20 ancianos institucionalizados en residencias que fueron víctimas de abusos sexuales y en el que se destacan los siguientes aspectos:
 - 1) La información se obtiene de otra persona que no es la propia víctima.
 - 2) Exceptuando los casos en que hay un testigo, la investigación se retarda.
 - 3) Pistas, como enfermedades de transmisión sexual, ayudaron a descubrir las violaciones.
 - 4) La capacidad de comunicación de las víctimas estaba dañada.
 - 5) Los agresores eran otros residentes o empleados de las residencias.
 - 6) Las pruebas físicas y forenses se perdían a medida que se retardaba la investigación.

- Otro estudio llevado a cabo en Canadá, Beaulieu (1992) nos describe lo que los directores de centros residenciales opinaban sobre su propia experiencia. Afirmaban haber modificado su opinión a lo largo de los años, pasando de una visión muy limitada y centrada en la violencia física exclusivamente a la inclusión de formas mucho más sutiles de violencia hacia las personas mayores, como

puede ser la violación de derechos y el reconocimiento de una posible violencia sistemática.

- El Ministerio de Salud y de Servicios Sociales de Québec, presentó el mes de junio de 2004 un documento titulado *“Un medio de vida de calidad para las personas institucionalizadas. Visitas de evaluación de la calidad de los servicios”*. Este informe es el resultado de un trabajo que empezó en el mes de octubre de 2003, por demanda explícita de la Asamblea Nacional a través del ministro de Salud y Servicios Sociales. Se visitaron 47 establecimientos con 5.989 residentes (la edad media 76 años), elegidos basándose en una hipótesis de fragilidad en la organización. Cinco equipos llevaron a cabo las visitas y cada uno de ellos estaba formado por representantes del ministerio de la salud y los servicios sociales, el Consejo para la protección de los dependientes y un representante de la Mesa de Concertación de las personas mayores. Se aplicó un cuestionario a tres grupos; a) al comité de usuarios acompañados de residentes, miembros de la familia y voluntarios; b) empleados elegidos aleatoriamente; c) diferentes comités o colegios representantes de los profesionales (médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras).

Los resultados obtenidos han sido utilizados para que el Ministerio de la Salud y Servicios Sociales formule 29 recomendaciones (orientaciones ministeriales), con el fin de asegurar a los residentes de los establecimientos un medio de vida y unos servicios de calidad, así como que los servicios respeten los derechos de los usuarios y que respondan a sus necesidades tanto físicas como psíquicas.

Poder investigar los malos tratos tanto en el medio familiar como en el institucional es complejo, aunque una de las formas más sencillas es partir de los relatos que nos ofrecen las propias personas mayores. Se desconoce la incidencia y prevalencia del maltrato institucional, es posible que sean superiores a lo que indican las estadísticas, especialmente a causa de que hoy día existen tipologías o clases de malos tratos que no se reconocen o identifican como tales por los profesionales. Falta información y sensibilización.

4.5.- Organizaciones internacionales y nacionales especializadas en la atención a las personas mayores víctima de malos tratos

Las políticas, los programas, las experiencias y actuaciones centradas en los malos tratos a las personas mayores que se están desarrollando en los diferentes países, nos presentan una serie de características y rasgos bastante comunes. En la mayoría de ellos observamos que las diferentes administraciones: nacionales, regionales, autonómicas o locales, intervienen bien directamente o bien con el soporte de organizaciones no gubernamentales.

A. *Organizaciones en los Estados Unidos.* Uno de los países que más ha avanzado en tener medios para dar respuesta a los malos tratos a las personas mayores es Estados Unidos. Su actuación en todos los estados y con la participación del gobierno federal que apoya dando asistencia técnica y subvención económica a los servicios de prevención del maltrato a los ancianos. Los centros de referencia a escala nacional son:

- *El Comité Nacional para la Prevención del Maltrato a los Ancianos (NCPEA)*, creado en 1988.
- *La Asociación Nacional de Administradores de los Servicios Estatales de Protección a los Ancianos (NAAPSA)*, creada en 1989.
- *El Centro Nacional del Maltrato a las Personas Mayores (NCEA)*, que ha desarrollado un sistema de comunicación, divulgación y tratamiento de casos, útil e importante para los profesionales y que funciona a escala estatal.
- *Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly (CANE)*, entidad que recoge y gestiona toda la bibliografía sobre malos tratos y la pone a disposición para su consulta.

B. *Organizaciones en Canadá.* Este país ha establecido sistemas para atender los casos de malos tratos a escala estatal, provincial y local. Cuentan con:

- a) *Red Canadiense de Prevención para el Maltrato a los Mayores*, creada en 1999. Tiene como objetivo elaborar políticas, programas y ofrecer servicios dirigidos a eliminar los malos tratos.

b) El *National Clearinghouse on Family Violence, Healt Canada (NCFV)*. Es un centro de recursos para todos los canadienses que buscan información sobre violencia familiar y sobre nuevos medios para afrontarla. Compartiendo los más recientes datos de investigación y la información sobre todos los aspectos de prevención, protección y tratamiento, el NCFV intenta ayudar a la comunidad canadiense en la tarea de avanzar para la eliminación de todas las formas de violencia en el medio familiar

c) .Una experiencia de colaboración entre la universidad, el medio institucional y el comunitario, es el *Centro de Investigación Interdisciplinar sobre la Violencia Familiar y la Violencia hacia las Mujeres (CRI-VIFF)*. Todas las actividades están planificadas y realizadas en estrecha colaboración entre las universidades y el medio en el que se lleva a cabo la práctica. Entre los miembros fundadores se encuentra la Universidad de Montreal y la de Laval, junto con organizaciones de los servicios sociales y de los servicios de salud de Québec. También colaboran las casas de acogida para mujeres maltratadas. Funcionan en el centro tres equipos de investigación:

- El equipo *VICTORIA*, iniciado el año 1996 gracias a una subvención del Consejo de Quebec. Trata de la violencia conyugal, con el objetivo de transformar y orientar la intervención y la investigación.
- *El Consorcio Résovi*, originado el año 2001 con una subvención del Consejo de investigación en Ciencias Humanas de Canadá. Se centra en dar respuestas sociales a la violencia hacia las mujeres.
- *Hombres, violencia y cambio*, grupo constituido el año 2000 por cinco investigadores con una subvención del fondo para la formación y la ayuda a la investigación.

C. *Organizaciones en Inglaterra*. Las más destacadas son:

- a) *Acción Contra los Malos tratos a las Personas Mayores (ACTION Elder Abuse)*, organización que se centra en impulsar la elaboración de planes y acciones con el soporte del Departamento de Salud y de Servicios Sociales.
- b) *El Departamento de Trabajo Social (Bridget Penhale) de la Universidad de Hull*, es el centro de referencia en Europa de INPEA para la investigación de los malos tratos a los mayores.

D. Organizaciones en Alemania

Las iniciativas y modelos de actuación contra los malos tratos a los mayores en Alemania son en general a nivel municipal, de forma que son excepcionales los centros de asesoramiento centrales en los distintos Landers. Los programas se organizan por centros de atención en los que se adoptan las medidas de prevención y de intervención adecuadas. Los centros dependen de una gran variedad de organizaciones y de organismos, destacando especialmente las iniciativas municipales en ciudades como Munich, Nürnberg y Hamburgo. Otras intervenciones sobre el tema dependen de asociaciones humanitarias y de la Iglesia, como las que se desarrollan en las ciudades de Berlín y Bonn. Otras dependen de las consejerías de trabajo, salud y seguridad social como la de la ciudad de Kiel.

Entre las medidas que desarrollan encontramos la puesta en funcionamiento de teléfonos de crisis, teléfonos de emergencia y centros de asesoramiento en general, con un acceso fácil para toda la población. Se registran todos los datos y se hace una evaluación potencial de la violencia. Estos servicios también pueden utilizarlos los familiares cuidadores. Intervienen profesionales del trabajo social, psicólogos y juristas, los cuales ofrecen terapia, hacen derivaciones y tramitan las demandas presentadas. En general son poco utilizados por las personas mayores víctimas de malos tratos.

Existen otros tipos de servicios o Centros de Reclamaciones dónde se pueden exponer los problemas suscitados por los cuidados a las personas mayores. Están a disposición de las personas mayores, los cuidadores y el personal de las residencias públicas y privadas, a los que les ofrece asesoramiento y soporte.

E. Organizaciones en Austria

En este país existe una Plataforma, financiada con fondos públicos, en la que participan diferentes organismos que se agrupan con el objetivo de luchar contra la violencia en la familia y dentro de esta existe un apartado especial para luchar contra la violencia a las personas mayores (*Centros de la Plataforma contra la violencia a las personas mayores*). Se distribuyen en diferentes regiones (Viena, Tirol, Estiria, Alta Austria, Salzburgo y Vorarlberg).

Edita una revista divulgativa "*Zeitung der Plattform gegen die Gewalt in der Familie*" sobre el tema de la violencia, analizando diferentes vertientes e informando sobre los centros de ayuda a los que se puede acudir y los números de teléfono de contacto. Los procesos de atención incluyen la información, el asesoramiento y el soporte legal. La toma de contacto puede ser por vía directa o vía telefónica a los centros de contacto, o también a través de los servicios de orden público y la policía.

F. Organizaciones en Francia

A finales de 1995, después de algunas experiencias muy limitadas y algún que otro estudio en el marco de la salud y de los cuidadores a domicilio, se creó la asociación nacional denominada "*ALMA France*" (*Allo Maltraitance Personnes Âgées*), acogida en el seno de la Comisión de los Derechos y Libertades de las personas mayores, dependiente de la Fundación Nacional de Gerontología de Francia. Se trata de una red telefónica de ayuda a las personas mayores maltratadas.

Su objetivo principal se centra en instaurar, a escala nacional, un punto de escucha del maltrato a las personas mayores, así como también desarrollar la prevención, promover la información y las acciones de formación. Hacen un seguimiento de las llamadas telefónicas y de las solicitudes de demanda de consejo, tanto de los profesionales de la salud como de los servicios sociales.

Actualmente actúan unas 25 antenas ALMA en diferentes departamentos de Francia (se pretende que cada departamento tenga una). Cada centro está constituido por:

- Las personas que escuchan, voluntarios formados previamente sobre el tema de los malos tratos a mayores.
- Un equipo de profesionales de formación social gerontológica.
- Un comité técnico que actúa como consultor, integrado por personas provenientes de las diferentes estructuras de salud, judiciales, policiales, asociacionismo, tutelas y otros representantes de organismos oficiales tanto a escala local como estatal.

ALMA recoge, analiza y diagnostica el maltrato. Al identificar los elementos que favorecen el maltrato en las instituciones y en la familia, proporciona una herramienta indispensable para la detección del problema.

G. Organizaciones en Bélgica

La iniciativa denominada *Centro de Ayuda para las Personas Mayores Maltratadas*, está sustentada por el Ministerio de Asuntos Sociales y de la Salud de la Región Valona y por la Comisión Comunitaria Francesa de la región de Bruselas.

La finalidad del centro es contribuir a la prevención de los abusos perpetrados contra las personas mayores. Estos centros agrupan diversas organizaciones: estructuras oficiales regionales y comunitarias, asociaciones de servicios para las personas mayores, representantes de magistratura, universidades y otros organismos con la finalidad de desarrollar un proyecto en común. Desde esta red se propone disponer de una fuente de información relativa a los temas que afectan a las personas de edad avanzada, entre otros el maltrato, el conocimiento de los derechos, las ayudas existentes y las actividades de formación y sensibilización respecto al tema de los malos tratos, tanto para los profesionales como para al resto de la sociedad.

H. Organizaciones en Suiza

En este país destaca la asociación denominada *ALTER EGO*, constituida para luchar contra los malos tratos a las personas mayores. Fue creada el 20 de marzo de 2002 en la ciudad de Lausana. El origen se debió a un grupo de profesionales pertenecientes a diversas instituciones: Fundación Leenaards, ProSenectute, Servicios de Ayuda y Cuidadores a Domicilio, Policlínica de Geriátrica de Ginebra y Federación de Consumidores. Alertados por los numerosos casos de maltrato a personas mayores en el domicilio, se agruparon para coordinarse y concluyeron que era necesario hacerlo también a escala nacional, de esta forma fundaron una asociación suiza contra el maltrato a las personas mayores.

Los objetivos principales de ALTER EGO son:

- Prevenir y combatir toda forma de violencia, abuso y negligencia que afecte a las personas mayores.
- Sensibilizar a la opinión pública.
- Promover la investigación y colaborar con organizaciones internacionales con el mismo objetivo.
- Crear en todos los cantones suizos grupos de expertos que ayuden a la buena práctica de la intervención en estos casos de conflicto.

I. Organizaciones en Suecia

Desde la década de los ochenta el Gobierno sueco toma medidas contra la violencia hacia las personas mayores y promueve la investigación y la difusión sobre este grave problema. A pesar de que no existe un plan nacional, el abordaje de los malos tratos a las personas mayores está integrado en el funcionamiento de los servicios sociosanitarios.

Los servicios sociales dependen de la municipalidad y tienen un papel clave en el sistema del bienestar. *El Socialstyrelsen (Instituto Nacional de Salud y Bienestar)* es una organización que controla todas las actividades, tanto los servicios de salud (hospitales, consultas médicas...) como los servicios sociales. En el año 1996 se aprobó una recomendación por la que se pide a todas las personas que trabajan con ancianos y tengan conocimiento de cualquier forma de violencia que lo pongan en conocimiento de las autoridades locales. Esta recomendación en el año 2000 se transformó en la ley (SOSFS 2000:5), que fija explícitamente que todas las personas que trabajan de alguna forma con personas mayores tienen la obligación de informar de los malos tratos, ya sean físicos, psíquicos, sexuales, económicos o de otras carencias en la atención, como la malnutrición, falta de higiene y falta de vigilancia y control.

J. Organizaciones en Noruega

En este país se ha conseguido que el Parlamento apruebe un plan de acción y con ello ha sido el país escandinavo más avanzado en esta materia. Este plan incluye proporcionar servicios de atención y centros de recursos para la información, atención, formación e investigación sobre los malos tratos a mayores.

K. Organizaciones en España

Destacamos en nuestro país los *Planes Nacionales sobre la Violencia Doméstica*, aprobados por el Gobierno español con la coordinación del Instituto de la Mujer y la colaboración de otros organismos, tales como los ministerios de Educación, Justicia, Sanidad, las Comunidades Autónomas y la Federación de Municipios y Provincias.

a) El I Plan de violencia domestica fue innovador por implicar a los diferentes

ministerios y a las instituciones privadas en el proyecto. Uno de los objetivos principales fue la sensibilización de la población en general y de las víctimas en particular a fin de promover reacciones de *tolerancia cero* hacia la violencia de género. De esta forma se abrieron 39 oficinas de servicios especializados de la policía nacional (Servicio de Atención a la Mujer- SAM), también 54 oficinas para atender a los menores, 32 centros de información y oficinas de atención a las víctimas en los juzgados y en las fiscalías. Asimismo, se pusieron en funcionamiento 125 nuevos centros de acogida.

b) El II Plan contra la violencia doméstica aprobado por el Gobierno el 11 de mayo de 2001, con una vigencia del año 2001 al 2004. Este Plan pretendía incidir en los aspectos desarrollados en el primer plan y propuso cuatro áreas de actuación: medidas de carácter preventivo y de sensibilización, medidas de ámbito legal y de procedimiento, medidas asistenciales y de intervención social y un área de investigación.

Se puede comprobar que ambos planes centran la atención en la violencia doméstica y de género, no obstante la violencia o los malos tratos a las personas mayores no llega a mencionarse específicamente. Ésta es una cuestión que se repite de forma constante, por ejemplo en el Plan de Salud de Cataluña, en el apartado de las consecuencias de los actos de violencia, solamente hace mención a los niños y a las mujeres, silenciando una vez más el tema de las personas mayores.

Así, Cataluña, conocida por su inquietud y avances en los aspectos sociales, cuenta con un elevado número de asociaciones centradas especialmente en la violencia de género y diversos planes de igualdad de oportunidades (III Plan del Gobierno Autónomo y Plan Integral de la Diputación de Barcelona), pero en ninguna de ellas sitúan a las personas mayores como objetivo de sus acciones.

Por fin un pequeño avance. El Programa de Actuación Municipal (PAM) del Ayuntamiento de Barcelona para el año 2004-07, en el compromiso número 57 propone *impulsar un programa de acción que permita detectar e intervenir de una forma correcta en las situaciones de malos tratos a las personas mayores que viven en el domicilio y detectar e intervenir en situaciones de riesgo previas al maltrato y en situaciones de urgencia.*

Asimismo, las iniciativas individuales o de equipo que surgen en los municipios, y más concretamente desde los servicios sociales y los servicios de salud, para tratar los casos que van detectando de malos tratos de personas de edad avanzada son dignos de mencionar y tener en cuenta.

La elaboración de protocolos, vinculados a hospitales y centros de atención primaria de salud, están siendo una herramienta cada vez más demandada por los profesionales.

L. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó, en el año 1996, la resolución WHA 49.25 por la que se declara que la violencia es un problema de salud pública e insta a los Estados a que evalúen su magnitud y a la OMS en concreto que realice actividades concretas para abordarla.

La OMS da soporte a las iniciativas internacionales, promueve el consenso y la investigación mediante conferencias internacionales, declaraciones y publicaciones. Como consecuencia de la presentación del informe *Violencia y Salud* (2002), la OMS convocó en Ginebra en enero de 2004 una reunión para sentar las bases de una *Alianza Mundial para la Prevención de la Violencia Interpersonal* (AMPVI), la cual aglutina a gobiernos nacionales, organismos de las Naciones Unidas, centros universitarios, sociedad civil y fundaciones filantrópicas, "con el objetivo de impulsar la meta de prevenir la violencia y reducir sus efectos adversos en la salud y en la sociedad".

Gobiernos de todo el mundo han tomado ya medidas basadas en el informe y se han emprendido actividades de prevención de la violencia en más de 40 países. Según la OMS, al menos 10 países han empezado a preparar informes nacionales que examinan la situación concreta dentro de sus fronteras y más de 15 gobiernos se han comprometido a desarrollar un plan nacional de acción para la prevención de la violencia. Además, se han aprobado resoluciones en diversos foros internacionales, incluidas importantes reuniones de la OMS, la Unión Africana, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la Asociación Médica Mundial.

M. Plataforma Europea de las Personas Mayores (AGE).

AGE tiene por finalidad promover los intereses de las personas mayores en la Unión Europea, centrando su atención en cuestiones que les afectan de una forma real.

Su creación fue en enero de 2001, consecuencia de un proceso de discusión sobre cómo mejorar y reforzar la cooperación entre las organizaciones de personas mayores a nivel europeo. La adhesión a AGE está abierta a las organizaciones Europeas, nacionales y regionales de personas mayores de iniciativa social y está cofinanciada por sus miembros y por la Comisión Europea.

AGE participa en actividades políticas e informativas con la finalidad de incluir el tema de las personas mayores en el orden del día de la UE y también para estimular y establecer una red de contactos entre los diferentes grupos de personas mayores. El objetivo persigue la necesidad de cambiar la opinión general, a fin de favorecer el establecimiento de una sociedad para todas las edades y una solidaridad entre generaciones que reconozca la contribución de las personas mayores a la sociedad. AGE lucha contra cualquier forma de discriminación por edad en cualquier ámbito y también supervisa y potencia las iniciativas de la Unión Europea en este sector. Todos los habitantes de los países de la Unión Europea estamos cada vez más afectados por las decisiones que se toman en las Instituciones Europeas.

N. Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA)

INPEA fue creada en 1997 y se halla representada en los cinco continentes. En ella figuran los principales investigadores y entidades relacionadas con los malos tratos en todo el mundo. Sus objetivos se centran en incrementar el conocimiento y la concienciación del problema de los malos tratos en la sociedad; promover la educación y el entrenamiento profesional y para profesional en la identificación, tratamiento y prevención de los malos tratos; defender los derechos de las personas mayores maltratadas; estimular la búsqueda de las causas, sus consecuencias, la prevalencia, el tratamiento y la prevención de los malos tratos en las personas mayores. Mediante esta red se llevan a cabo contactos entre los profesionales dedicados al tema y se convocan a diferentes eventos, jornadas, etc. para reforzar el conocimiento y aglutinar esfuerzos.

CAPÍTULO 5

La detección de los malos tratos

- 5.1.- Aspectos que influyen en la dificultad para la detección de los malos tratos a los ancianos**
 - 5.1.1.- ¿Ante qué debemos sospechar?**
 - 5.1.2.- El Silencio cómplice de los malos tratos**
 - 5.1.2.1.- El silencio de las víctimas**
 - 5.1.2.2.- El silencio de los cuidadores**
 - 5.1.2.3.- El silencio de las familias**
 - 5.1.2.4.- El silencio de las administraciones**
 - 5.1.3.- El envejecimiento del cuidador cuando éste es el cónyuge.**
 - 5.1.4.- Los profesionales**
 - 5.1.5.- Los instrumentos de detección**
- 5.2.- Las herramientas de valoración para la detección**
 - 5.2.1.- Instrumentos de cribado**
 - 5.2.2.- Indicadores de malos tratos a personas mayores**
 - 5.2.3.- Evaluación ambiental, familiar y de calidad de vida:
Escalas de valoración social y familiar**
- 5.3.- Manuales para la detección de los malos tratos a ancianos**

5.1.- Aspectos que influyen en la dificultad para la detección del maltrato

La detección de los malos tratos es siempre una tarea extremadamente compleja y manifiestamente difícil, que a menudo se complica por la negación de los hechos que suelen hacer tanto la persona mayor como la persona que comete el maltrato,

Detectar y denunciar los malos tratos depende de la concienciación, conocimiento y de la comprensión que tanto colectiva como individualmente se tiene del problema. Estas premisas determinan las características de los datos que pueden ser considerados como maltrato a una persona mayor, los cuales se reconoce y, por lo tanto, clasifican según unos criterios generales aceptados y recopilados en la literatura existente.

A pesar de ser el maltrato reconocido como un problema de salud de primer orden (OMS, Violencia y salud, 2002) y que afecta a muchas personas en el mundo, tanto en cifras absolutas como relativas, su detección es muy compleja, de tal manera que se considera que por cada caso detectado y documentado hay otros cinco que no salen a la luz (NCEA, 1998).

El porqué de la falta de detección obedece a múltiples causas. Así, vemos que la mayoría de los abusos se cometen en hogares, de puertas a dentro, incluso en las instituciones y, por lo tanto, se presentan raramente y con mucha reticencia al conocimiento público. Conseguir que todo aquello que sucede en la esfera privada sea un tema de preocupación pública no ha sido fácil en ninguna de las formas de maltrato. Nos referimos

a las acciones agresivas que han hecho referencia a los menores y a la mujer, pero en el caso de las personas mayores se añade el factor del edadismo estructural y la ambivalencia respecto a los cambios de valores que se plantean por parte de la familia y por parte de la comunidad, en cuanto a la clase y forma de cuidados que deben recibir las personas mayores dependientes (Penhale, 2003).

La cuestión de la violencia hacia los ancianos se inscribe en el marco más amplio de la violencia familiar. La violencia responde siempre al hecho de personas que se aprovechan de la vulnerabilidad de un ser humano, para desposeerla de sus bienes, de su dignidad, de su autonomía, así como también de sus derechos más fundamentales.

Su detección está limitada por las normas y los valores culturales, los estereotipos negativos, el edadismo y las falsas creencias como pensar que lo que ocurre es siempre culpa de la edad y por lo tanto no es susceptible de tratamiento.

Los malos tratos a las personas mayores adoptan formas particulares, que exigen de los organismos y de los profesionales fórmulas muy abiertas e imaginativas para poder llegar a captarlos, identificarlos y tratarlos.

Una dificultad añadida para el esclarecimiento y tratamiento de estos casos se debe a que las personas mayores no suelen presentar denuncia alguna, como hemos comprobado en el trabajo de campo correspondiente a la investigación de esta tesis.

5.1.1.- ¿Ante qué debemos sospechar?

Suele haber una relación directa entre la existencia de algunas señales o signos de alerta, precoces de maltrato y su detección. Relacionamos a continuación aquellos que se mencionan en la literatura existente, más la aportación fruto de la observación en nuestro trabajo y el de los profesionales que han participado en el estudio y que pueden ser útiles a los profesionales de atención primaria para ayudarles a intuir los mismos ante una situación determinada:

- La demora en solicitar asistencia social o médica. Suele haber un intervalo prolongado de tiempo entre el trauma y la visita al centro.
- El anciano maltratado es llevado al centro de salud o de servicios sociales por otra persona que no sea el cuidador habitual.
- Narraciones y relatos contradictorios o inverosímiles respecto a cómo ocurrió el incidente entre la persona cuidadora y la persona mayor.
- Falta de comunicación de la víctima con el profesional, social o médico, cuando el cuidador está presente. Resistencia y negativa del cuidador a dejar solo al anciano con los profesionales.
- Desnutrición, deshidratación, caídas reiteradas, todo ello sin motivo aparente.
- Actitud de retraimiento, miedo, inquietud de la persona mayor.
- Alteración del estado de ánimo, ansiedad, confusión, insomnio, inapetencia, depresión.
- Vivienda que presenta unas condiciones higiénicas inaceptables y es inadecuada para poder vivir en ella.
- Historia previa de episodios sospechosos de malos tratos.

5.1.2.- El Silencio, cómplice de los malos tratos

En nuestra sociedad se producen situaciones de violencia o de abuso pero se levanta una especie de barrera para reconocer la existencia de los malos tratos. Esta actitud repercute en las familias, en las instituciones, en los individuos que las componen y, en última instancia, en las organizaciones públicas del país.

A continuación, se propone un inventario de los temores y percepciones más comunes entre las víctimas de abuso y de violencia, teniendo en cuenta el perfil de la víctima en el domicilio o en la institución y también entre los cuidadores en el ámbito institucional o familiar, en las familias y en las administraciones públicas.

5.1.2.1.- El silencio de las víctimas

Debemos comprender el silencio de las víctimas a fin de favorecer mejor la comunicación con ellas, teniendo en cuenta la difícil relación que ellas tienen con el entorno. Se debe evitar el incremento de su inseguridad y el agravamiento de sus condiciones.

En los procesos de detección, requerir la implicación y el testimonio de los testigos y cuidadores es a menudo fundamental y necesario. Estas personas también viven y comparten sentimientos de inseguridad unidas al contexto de la víctima.

- *A nivel de temores de las víctimas*

Las personas mayores generalmente sienten unos temores que se sitúan en el exterior de la persona, son realidades percibidas provenientes del entorno. Las víctimas piensan que serán objeto de:

- Sufrir represalias
- Ser abandonadas
- Ser ingresadas en un establecimiento residencial o miedo a perder la plaza que ocupan
- Ser causa de un escándalo
- Ser el origen de un conflicto en la familia
- Miedo a perder las relaciones significativas (nietos...) (Fulmer,1989)

Así, se puede encontrar que las personas mayores víctimas de malos tratos se manifiestan mediante indicadores no específicos como:

- Fugas
- Agitación
- Claudicación (autonegligencia)
- No ingesta de alimentos
- Depresión

- *A nivel de percepción de las propias víctimas*

Las percepciones son elementos cognitivos y/o emotivos que organizan la experiencia y cómo evalúan las víctimas su situación.

- Ellas no se dan cuenta de la gravedad de la situación
- Excusan y justifican los comportamientos abusivos
- Ignoran las posibilidades de ayuda y los recursos

- Se sienten culpables de su situación de dependencia y por lo tanto de la necesidad de precisar ayuda
 - Se sienten impotentes
 - Creen poder resolver por si solas el problema
 - En definitiva, creen “tener aquello que se merecen”
- *A nivel de actitudes del entorno de la víctima*

La actitud del entorno es la reacción previsible del medio ambiente en términos de resistencia para reconocer la realidad de los malos tratos. ¿Porque?

- Negación del problema por el entorno
 - Minimización del incidente en el origen de la queja o denuncia
 - Temor a los conflictos y a las represalias
 - Sufrir una presión para la conformidad
 - Desconocimiento de la existencia de recursos de soporte
 - Creencia de la obligación de confidencialidad
- *A nivel de la revelación de la víctima*

Los sentimientos que surgen son:

- La débil probabilidad que tiene la víctima de ser creída
- El sentido que la víctima da a la situación de abuso
- La capacidad limitada de comunicar claramente los detalles de la situación-problema
- La ausencia de una persona de confianza en el entorno de la víctima
- La importancia de la relación afectiva con el abusador

5.1.2.2.- El silencio de los cuidadores

Cuando los trabajadores que ejercen su actividad en una institución dedicada a personas mayores perciben algún tipo de maltrato, por ejemplo problemas de desnutrición, de abuso en la contención física o farmacológica, de infantilización, raros son aquellos que toman el riesgo de enfrentarse a los cuidadores o a la dirección o a quien corresponda la responsabilidad del centro.

Muchos profesionales cierran los ojos para no ver “historias”. Lo que cuenta es que el servicio continúe y que no existan quejas ni de los residentes ni de las familias. Lo que

importa es la apariencia, aquello que se ve. El suelo debe estar limpio y brillante, las mesas bien puestas y las camas bien hechas. Poco importa si para obtener todo esto el personal ha realizado el cuidado y limpieza íntima en un tiempo récord, nadie lo sabrá. Los residentes no dirán nada porque no podrán o por temor a represalias. Una institución bien arreglada no garantiza que en ella se viva con calidad y percibiendo un buen trato.

¿Porque son pocos los profesionales que se movilizan para luchar contra situaciones de maltrato hacia las personas mayores? ¿Hay relación directa con el riesgo de perder el puesto de trabajo?

El silencio en las instituciones puede estar fundamentado en que:

- La imagen es un valor importante a la vez que un recurso financiero.
- La discreción es una regla implícita o explícita en la producción y la distribución de bienes y de servicios: el deber de reserva y de discreción profesional equivale a la obligación de guardar silencio respecto aspectos negativos que pueden dañar la imagen del centro.

El silencio de los cuidadores puede fundamentarse en:

- Actitud eficaz para auto protegerse. Un conflicto no interesa.
- La ropa sucia se lava en casa. No se debe ensuciar la imagen de la casa.
- No se rompe la rama de la cual dependemos.
- Uno debe preservarse: "la palabra es plata, el silencio es oro" (El Talmud).
- Los procedimientos de una denuncia son complejos, largos y con un final desconocido; en cambio el reglamento interior del centro dispone de un procedimiento habitual.

5.1.2.3.- El silencio de las familias

Normalmente ocurre que las familias opinan que es impensable que el padre o la madre alojado en una institución, que ellos mismos han contribuido a buscar y decidir, pueda afrontar peligro de sufrir algún tipo de maltrato. Las visitas suelen ser muy rutinarias, tanto en el día como en la hora e investigan poco acerca de los cuidados y atenciones personales que reciben, tales como saber que tipo de medicación y con que frecuencia la

toman o pedir el contrato o expediente asistencial para ver las anotaciones realizadas. Recordemos al respecto que en el expediente deben constar todos aquellos aspectos de tratamiento, el tipo y el momento de aplicar una contención ya sea física o farmacológica.

Por otro lado, es muy difícil encontrar un centro y una vez lograda una plaza el hecho de indagar y llegar a la conclusión de trato deficiente ocasionaría el problema de llevar a la persona de nuevo a casa y reiniciar la búsqueda de otro centro. De tal forma sería necesario revivir la crisis familiar producida por el ingreso en una institución, que se quiere obviar.

5.1.2.4.- El silencio de las administraciones

También es una realidad constatable, en ocasiones, el silencio de los organismos públicos estatales, autonómicos y municipales con responsabilidades para intervenir en situaciones de violencia, abuso y malos tratos dirigidos a los ancianos. Por este motivo se puede afirmar su complicidad y participación en mantener cuidados inadecuados y el mal trato a la población anciana expuesta a estas situaciones.

Numerosas organizaciones alzan su voz y recomiendan que se definan acciones dirigidas a la prevención, detección y tratamiento de los malos tratos a las personas mayores (OMS, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Declaración de Almería y otros), a las que en demasiadas ocasiones se les hace caso omiso.

5.1.3.- El envejecimiento del cuidador cuando este es el cónyuge

El cónyuge, bien sea de la misma edad o mayor que ejerce de persona responsable de los cuidados, especialmente en una situación de demencia, a menudo está haciendo frente al agotamiento, a la separación y a la desadaptación.

- *Al agotamiento:* Preocupado por mantener una vida en común que conserve los criterios afectivos que han constituido la historia de la pareja, el cuidador

procura mantener una vida normal o lo más próxima a la normalidad, tratando de superar las innumerables dificultades que presenta el día a día de la enfermedad tal cual, la orientación del tiempo, del espacio y de las personas e intentando ofrecer el mejor confort posible a la persona demente anciana que atiende.

- *La separación:* En el caso de dos personas ancianas, si una de ellas llega a ser totalmente dependiente, es muy probable que llegue el momento en que sea ingresada en una institución. En el supuesto que las dos personas sean ingresadas, con mucha probabilidad no será en el mismo lugar y la separación será muy difícil de soportar. En ambos casos, la separación comporta a menudo problemas de depresión o de cambios de comportamiento.
- *La desadaptación:* Especialmente en casos de demencia, la dificultad en la comprensión de la patología obliga a sus afectos a vivir una nueva situación que no asimilan: la persona con la cual se ha vivido mucho tiempo ya no le reconoce; no sabe quién es; interpreta roles diferentes; se vuelve agresiva.

5.1.4.- Los profesionales

Las dificultades que deben asumir los profesionales ante los casos de malos tratos a las personas mayores son muy relevantes y complejas. Decidir, por ejemplo, si de una sospecha de maltrato se deriva la certidumbre del mismo o, por el contrario, son necesarias más pruebas y evidencias. ¿Cómo se ha de documentar un caso de maltrato?. ¿Cómo se debe actuar cuando la accesibilidad a la persona implicada es difícil?. Estos y otros muchos interrogantes se plantean muy a menudo y generan mucha incertidumbre en el profesional para llevar a cabo una buena praxis.

Resulta particularmente difícil afrontar la situación ante personas que padecen algún trastorno mental, porque el hecho de investigar un caso de maltrato depende, inicialmente, de la credibilidad que otorguen a la víctima los profesionales que reciben el caso. Son especialmente difíciles de detectar las situaciones de personas con poca capacidad de comunicación o que no se pueden expresar verbalmente e informar con claridad. También personas que padecen trastornos cognitivos o enfermedad mental, ante las que se hace muy difícil discriminar si hay o no hay maltrato. Asimismo, es necesario

valorar si las víctimas son capaces de discernir la verdad de lo que no lo es, si el relato es fruto de su imaginación.

Las actitudes gerontofóbicas, los tabúes y los estereotipos acerca de la percepción de los ancianos pueden ser indicadores importantes que no deben escapar a la atención de los profesionales ya que pueden llegar, incluso, a afectar la percepción de lo que se considera un caso posible de maltrato. Por ejemplo, la tendencia a no considerar a las personas mayores como seres sexuados lleva a que los casos de posible abuso sexual en mujeres mayores suelen estar infradocumentados y ser infravalorados por los profesionales de la salud. A esto se añade que la geriatría es una especialidad secundaria en la medicina, que no forma parte del cuadro de especialidades en los servicios de atención primaria de salud. En los hospitales hay una carencia significativa de profesionales geriatras, aspecto que, junto a la falta de preparación gerontológica del personal auxiliar y cuidador, hace que los cuidados a los ancianos en los centros de salud, centros sociosanitarios y centros de servicios sociales, sea de baja calidad.

5.1.5.- Los instrumentos de detección

Las características de los malos tratos a las personas mayores no son homogéneas por lo cual las mismas dificultades para su detección se presentan también en el momento de seleccionar entre los posibles instrumentos disponibles para detectar. Existen muchos factores influyentes y también hay una gran variedad de tipologías, con diferentes prevalencias que requieren diferentes formas de evaluación. Todo ello complica mucho la acción de encontrar unos instrumentos multidimensionales y multiprofesionales que permitan estimar la presencia de cualquier tipo de maltrato.

Los indicadores de que se dispone actualmente para discernir la existencia de un maltrato no son exclusivos ni específicos y se hace necesario contextualizarlos, ya que aparecen tanto en situaciones de maltrato como en otras en que no existe. A modo de ejemplo, las fracturas y los golpes atribuibles a una caída pero que también pueden ser consecuencia de una agresión. Por lo tanto, es preciso contextualizar los indicadores y recabar información sobre las características personales de los implicados en un posible caso de malos tratos. Los instrumentos de detección han de ser capaces de considerar estas

circunstancias que pueden ser más determinantes que el propio indicador. Así analizado, las circunstancias en que se ha producido una fractura son más importantes que la propia fractura en sí.

Satisfacer la necesidad de contar con instrumentos de detección es una demanda recurrente de los profesionales de primera línea, tanto en el campo de la salud como en el de los servicios sociales, puesto que sólo así se puede conseguir la identificación de las personas mayores en riesgo de padecer abuso, negligencia, autonegligencia o explotación, en una forma:

- Más fiable, con resultados coherentes a lo largo del tiempo y posteriormente reproducibles.
- Válida, es decir que mida lo que realmente tiene que medir, precisa y exactamente.
- Generalizable, para que pueda ser utilizada por diferentes profesionales.

Disponer de los instrumentos adecuados nos permitirá minimizar las falsas situaciones negativas, de forma que no queden casos sin diagnosticar y, asimismo, minimizarán también los falsos casos positivos evitando, en definitiva, acusaciones falsas que tantas complicaciones pueden conllevar.

Un instrumento deberá permitir que se detecten:

- Todas y cada una de las tipologías consideradas en los malos tratos a las personas mayores (física, psíquica, sexual, abandono, negligencia, explotación financiera, autonegligencia y vulneración de derechos) sea cual sea el medio en el que puedan suceder.
- Las características de salud, psíquicas y sociales, así como la discapacidad de las víctimas.
- Las causas que conducen al maltrato.

Encontrar estos instrumentos es una tarea muy exigente y requiere de muchos esfuerzos coordinados. Evidenciamos que, por el momento, no existe un solo instrumento para la detección que consiga cubrir los estándares deseados.

A pesar de estas adversidades, se puede afirmar que han sido los profesionales de los servicios sociales y de salud los primeros en identificar el maltrato a las personas mayores y hacer que este tipo de violencia tan oculta pueda, aunque tímidamente, salir a la luz. Los profesionales utilizan diversas estrategias para detectar los malos tratos, a pesar de que faltan algoritmos y que muchos de los procedimientos utilizados hasta el momento son protocolos incompletos o poco detallados y que resultan muy ambiguos, especialmente a la hora de explicitar las condiciones de aplicabilidad (Jones et al. 1997)

5.2.- Las herramientas de valoración para la detección

Hace más de 10 años que se está trabajando en la consecución de instrumentos que nos puedan permitir reconocer a las personas de edad avanzada susceptibles de sufrir malos tratos. También existen otras causas que motivan esta búsqueda:

- El hecho de ser un problema social y de salud de gran importancia, que ha permanecido oculto hasta el momento.
- La necesidad manifestada por los profesionales de atención primaria, que disponen de una posición ideal para descubrir estas situaciones en el mismo lugar dónde ocurren.
- La posibilidad de intervenir precozmente con la desactivación del problema antes de que ocasione un perjuicio más grave (Breckman y Adelman, 1988).

Actualmente hallamos en la literatura diversos instrumentos elaborados por diferentes autores como Pillemer, (1986); Quinn y Tomita, (1986); Sengstock, (1986); Reis y Nahmiasch, (1995b), que orientan en la investigación de las características de las personas mayores, de los cuidadores y del entorno. Estos instrumentos se sustentan en:

- Las impresiones subjetivas de los profesionales
- Los relatos verbales de las propias personas mayores víctimas de malos tratos y también de otros informadores, ya sean testigos o cuidadores.

Los objetivos fundamentales de un programa de detección se centran en cuatro aspectos básicos:

1. Saber utilizar las definiciones operacionales de una forma eficaz, con la finalidad de describir las situaciones de abuso, negligencia y otras.

2. Conocer los perfiles y los comportamientos de los agresores y de sus víctimas potenciales.
3. Saber identificar los indicadores de abuso, tanto del medio en el que se producen como del comportamiento de la víctima y agresor.
4. Intervenir de la forma más idónea y según las particularidades del medio y de los recursos disponibles.

Para detectar los malos tratos se pueden utilizar dos tipos de instrumentos: los de cribado y los de valoración de factores de riesgo e indicadores de malos tratos.

5.2.1.- Instrumentos de cribado

Existen varias escalas de cribado entre las que destacamos las siguientes:

Tabla nº 12. Escalas de cribado

NOMBRE	AUTOR
1. Indicators of Abuse Screen (IOA)	Reis y Nahmiasch, 1998
2. The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	Reis y Nahmiasch, 1993
3. Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	Neale, Hwalek y Sengstock et al 1991
4. The Caregiver Abuse Screening (CASE)	Reis y Nahmiasch, 1995b
5. American Medical Association (AMA)	AMA, 1992
6. Conflict Tactic Scale	Straus, 1979 y Straus, 1995.
7. Qualcare Scale	Phillips, et al 1990

Fuente: Recopilación propia

1. Indicators of Abuse Screen (IOA). Reis y Nahmiasch, 1998

Es un test validado. Fue desarrollado específicamente para ser utilizado por los servicios sociales y los profesionales que tienen acceso a los domicilios de las personas mayores. Para su utilización se requiere un entrenamiento específico y contempla tanto los problemas interpersonales del agresor (mentales, comportamiento, drogas), como aquellos que relacionan víctima y agresor (relación mórbida, conflictiva) analizando el soporte social de la persona mayor y los antecedentes previos de maltrato.

El test ha sufrido modificaciones con respecto al número de ítems, inicialmente constaba de 29 que se han reducido a 27. Existe también una versión de 22 ítems. Estos van numerados por orden de importancia. La valoración se hace en el domicilio y precisa de un conocimiento tanto de la víctima como del agresor. Se puntúa en una escala de 0 a 4, según la opinión del profesional: el 0 implica que el problema no existe; 1 que el problema existe de forma ligera; 2 de manera moderada; 3 probablemente severa; 4 de forma severa. La puntuación tiene por lo tanto un rango de 0 a 108 como máximo y un punto de corte que está situado en 16 puntos. A más puntos más posibilidad hay de que exista situación de maltrato. Los ítems que dependen del cuidador son más importantes que los de la persona a la que cuidan.

Como conclusión, se puede decir que es un listado de factores de riesgo que se han ido seleccionando como los más asociados a las situaciones de malos tratos y también incluye algún indicador. Puede ser útil para la prevención primaria del maltrato.

2. The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE). Reis y Nahmiasch, 1993

Se trata de un test validado y muy breve. Ideado para que los profesionales se mantengan alerta sobre la posibilidad de la existencia de malos tratos a la persona mayor. Se utiliza como cribado inicial y rápido para hacer una primera clasificación de casos de posible situación de malos tratos. El profesional precisa del conocimiento del contexto y formación previa sobre los malos tratos a los ancianos, puesto que el test evalúa al cuidador, al anciano y a los servicios sociosanitarios.

Son cinco preguntas y explora el abuso físico, psicológico, económico y negligencia. Todos los profesionales, de forma rutinaria, deberían plantearse pasar este test, es decir, hacerse estas preguntas ante cualquier usuario persona mayor.

3. Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST).

Neale et al., 1991.

Se trata de un cuestionario validado y dispone de una adaptación transcultural en castellano. Consta de 15 preguntas en las que se reconocen tres categorías: la violación de los derechos; personas en situación de vulnerabilidad; situaciones de abuso potencial.

Se administra directamente a la posible víctima. Explora diferentes dimensiones del maltrato físico, psicológico, económico, negligencia y vulneración de derechos. Es de utilidad en el contexto de una entrevista semiestructurada por profesionales entrenados.

Con sólo una respuesta positiva se supone que existe una situación de maltrato y un resultado de más de tres indica situación de alto riesgo.

4. The Cargiver Abuse Screening (CASE). Reis y Nahmiasch, 1995

Es un test breve que puede hacerse en dos o tres minutos y consta de 8 preguntas. Las respuestas son dicotómicas. Se administra a los cuidadores y detecta sospecha de abuso por su parte. Se recomienda como instrumento inicial, asociado a otras escalas y requiere siempre la confirmación de los resultados con posterioridad.

Tiene utilidad cuando la persona mayor no puede contestar a un cuestionario y se puede utilizar en grupos grandes de cuidadores y discriminar los posibles abusadores. Dispone de un punto de corte en 4 respuestas positivas. Aunque es posible que el punto de corte pueda ser más bajo, se recomienda que si surge una respuesta positiva se pida al cuidador que explique todas las circunstancias de la situación.

Está diseñado para que se aplique en la comunidad (domicilio) y en concreto para detectar el abuso físico, psicológico, económico o también la negligencia por parte del cuidador principal. La redacción del test intenta evitar que las preguntas impliquen una crítica a los cuidadores (teoría de la neutralidad), algunos ítems reflejan las dificultades de los cuidadores en el campo de los sentimientos, sin que necesariamente haya una situación de abuso, lo que explicaría porqué los cuidadores abusadores pueden completar el test.

Por todo lo comentado es un instrumento de cribado corto y sencillo de administrar y útil para detectar abusadores en un primer contacto.

5. American Medical Association (AMA). AMA, 1992.

Está recomendado para que el personal sanitario (médicos y enfermeras) lo administren en la práctica clínica diaria. No obstante, se puede hacer extensivo a otros profesionales que tengan contacto con las personas mayores, aunque siempre en un clima de confianza. Cuestionario de 9 preguntas sobre si se padece una situación de malos tratos, que engloba todas las tipologías. Se requiere la colaboración de la persona mayor y por tanto excluye a las personas que padecen trastornos mentales o físicos que les impidan responder. Se administra en el contexto de una entrevista semiestructurada.

Una sola respuesta positiva determina el seguimiento del caso para poder valorar la existencia del maltrato. La respuesta es siempre explicativa y no dicotómica.

Ha sido probado en departamentos de urgencias de hospitales y en domicilios. El principal problema es que en ocasiones la propia víctima es incapaz de dar respuestas reales, ya sea a causa del temor o miedo, al bloqueo emocional o debido a sus propias discapacidades.

6. Conflict Tactic Scale. Straus, 1978. Straus, 1995.

Este test percibe las circunstancias que son injuriosas y preocupantes en la vida de una persona mayor. Trata de medir el grado de violencia que utilizan los miembros de la familia para resolver sus desavenencias y conflictos. Contiene 19 ítems que exploran la violencia verbal y la física. Se aplica en situaciones de violencia familiar y también en relaciones de pareja, no es específico para personas mayores. Hay una versión para conflictos con los hijos menores. En los estudios para las situaciones de malos tratos a personas mayores se ha utilizado una versión modificada.

7. Qualcare Scale. Phillips, 1990. Bravo, 1995.

Cuestionario de 52 ítems distribuidos en seis categorías. Se explora la cobertura de las necesidades de las personas mayores por parte de los cuidadores. Contempla el cuidado y atención física, la salud, los aspectos emocionales, los financieros, el entorno y los derechos humanos.

Esta evaluación se lleva a cabo mediante una entrevista semiestructurada, realizada por un profesional entrenado, un trabajador social, enfermera u otro y se dirige tanto a la persona mayor como al cuidador. El lugar es el domicilio. Los resultados de esta medida parecen indicar que la información sobre la calidad de los cuidados constituye un indicador válido sobre el riesgo de maltrato.

Un límite importante de estos instrumentos de detección es el hecho de que los indicadores sobre los que se apoyan provienen de la investigación realizada y disponible sobre los factores de riesgo, por lo que deben ir tomándose con mucha prudencia. En general existen muchos vacíos importantes puesto que no se hace mención a la violencia entre la pareja ni tampoco sobre el abuso sexual. Se debe ser muy cauto y prudente en su valoración e interpretación.

Algunas de las condiciones previas para determinar la aplicabilidad y/o idoneidad de usar un instrumento de detección, son, por un lado, considerar la competencia de la víctima y por otro la accesibilidad tanto a las personas como al entorno. Así, encontraremos que el estado cognitivo o mental de la persona mayor, su estado de ánimo o una posible situación de depresión, son condiciones determinantes para decidir si se nos permite utilizar cuestionarios a los que deba responder la propia víctima y contrastar su capacidad de decidir y participar.

La detección varía en función del ámbito dónde surge el problema, así como el cómo y de qué forma es captado por los servicios sociales o servicios de salud. En el supuesto de que sea la propia víctima quien hace emerger la situación, la accesibilidad y la intervención serán mejor que si surge de una institución, del entorno o a través de la vía legal.

En las instituciones no solamente pueden darse situaciones de malos tratos a nivel individual, sino que también pueden darse que afecten a nivel grupal, como consecuencia del sistema de funcionamiento, de atención, del personal o del régimen que opere en cada institución determinada.

5.2.2.- Indicadores de malos tratos a personas mayores

Al objeto de operativizar los conceptos, es preciso especificar variables observables que los determinen. Estas variables las identificamos como indicadores, los cuales nos proporcionan el puente entre las construcciones mentales y el mundo exterior. Un indicador por sí mismo no es una evidencia, excepto si tiene la característica de ser determinante. Es preciso contextualizar los indicadores y ser muy prudentes en su aplicación.

Tabla nº 13. Indicadores de malos tratos a personas mayores

A.- INDICADORES DE LAS DIFERENTES TIPOLOGIAS DE MALTRATO	Varios Autores
B. - ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI). ELDER NEGLECT ASSESSMENT INSTRUMENT (ENAI)	Fulmer (1984) Fulmer (2000)
C.- MODEL ELDER ABUSE DIAGNOSIS AND INTERVENTION MODEL (EADI)	Tomita (1997)
D.- ADULTS PROTECTIVE SERVICES REPORTS	Nacional Center on Elder Abuse, (1998)

A.- Indicadores de las diferentes tipologías de maltrato

<p>INDICADORES DE ABUSO FÍSICO</p> <p>Es la utilización de la fuerza física pudiendo ocasionar heridas corporales, dolor físico y un deterioro en la salud.</p> <p>Se considera, entre otras, el uso inadecuado de fármacos, la alimentación forzada, los confinamientos y restricciones mediante medidas no adecuadas. El castigo físico de cualquier tipo.</p> <p>La privación de alimentos sólidos y líquidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Golpes, puñetazos. • Agresión física de cualquier tipo. • Atacar con objetos. • Heridas, contusiones, arañazos. • Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes. • Abrusiones o laceraciones en diferentes estadios. • Lesiones en la cabeza o en la cara: <ul style="list-style-type: none"> Fractura orbitaria. Hematoma ocular en antifaz. Alopecia errática por tirar de los pelos de forma agresiva y brusca. • Quemaduras: <ul style="list-style-type: none"> - en lugar poco frecuente. - producidas por objetos. - por líquidos muy calientes.
<p>INDICADORES DE ABUSO PSÍQUICO</p> <p>Los indicadores son instrumentos básicos para identificar la tipología del maltrato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amenazas de abandono y/o institucionalización. • Negación, ira, agitación. • Extrema cautela por parte del cuidador. • Imposición de aislamiento físico y/o social. • Explicaciones confusas y diferentes del cuidador ante lesiones, considerando a la víctima no capacitada en su juicio.

<p>Con referencia al psicológico podemos apuntar los siguientes:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amenazas al anciano por parte del cuidador para controlar la situación. • Miedo a las personas extrañas. • Sentimientos de desamparo y desprotección. • Miedo a la soledad y a su propio entorno. • Habla infantil. • Conducta autodestructiva (indicios de suicidio). • Estar callado cuando el cuidador está presente y extrema cautela por parte del cuidador. • Poca autoestima. • Desorientación, conductas que normalmente se atribuyen a demencias como succión, balanceo. • Actitud de desamparo, pasividad y aislamiento. • Alteraciones emocionales de la víctima (depresión, ansiedad, nerviosismo, labilidad emocional). • Pérdida de la capacidad de toma de decisiones por parte del anciano. • Cansancio inexplicable, confusión, insomnio, llanto. • Infantilismo, trastornos del sueño o del control de esfínteres.
<p>INDICADORES DE ABUSO SEXUAL</p> <p>Corresponde a forzar un contacto sexual con una persona anciana sin tener su consentimiento. <i>"Es la violación, la sodomía, el desnudo forzado, la fotografía sexual explícita"</i> (NCEA, 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa interior rota y sucia. • Prurito genital y/o quejas por dolor zona genital. • Lesiones en la zona genital: laceraciones, abrasiones, hemorragias, hematomas. • Hematomas en la parte inferior de los muslos. • Evidencia de enfermedades de transmisión sexual. • Miedo a mostrar la zona genital.
<p>INDICADORES DE ABUSO ECONÓMICO</p> <p>Hace referencia a la utilización abusiva o ilegal de los bienes muebles e inmuebles propiedad de la persona mayor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad acerca de la economía personal. • Falta de conocimiento del estado de sus cuentas. • Falta de pagos a los servicios públicos. • Cheques firmados por otras personas sin autorización. • Presión para firmar cheques. • Pérdida inexplicada de las libretas de ahorro. • Dejar de contratar servicios. • Falta de comida, ropa y/o medicaciones adecuadas. • Desaparición de joyas u objetos de valor. • Interés inusitado por hacerse cargo del anciano cuando éste ha de pagar grandes cantidades de dinero. • Pérdida de patrimonio, transmisión u otorgamiento de poderes inesperados.
<p>INDICADORES DE NEGLIGENCIA</p> <p>Según NCEA, (1998) se entiende por negligencia <i>"el rechazo o la omisión de</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrición, deshidratación. • Mala higiene corporal. • Ropa inadecuada para el tiempo actual o sucia. • Gafas rotas o ausencia de las mismas cuando

<p><i>proporcionar a la persona anciana las necesidades de la vida, como el agua, los alimentos, el vestir, la vivienda, la higiene personal, la medicación, la seguridad personal y los otros bienes esenciales.”</i></p> <p>Puede ser activa o pasiva.</p>	<p>son necesarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipotermia, hipertermia. • Signos de intoxicación por medicamentos o de incumplimiento en las tomas pautadas. • Contracturas articulares por falta de movilidad.
<p>INDICADORES DE AUTONEGLIGENCIA</p> <p>Es el comportamiento de una persona mayor que amenaza su propia vida o su salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vivir en la calle. • Poseer animales de compañía sin control de higiene ni sanitario. • Problemas de salud física y/o mental no tratados. • Alcoholismo y/o abuso de sustancias tóxicas. • Ropa inadecuada, falta de higiene, parásitos e infecciones. • Malnutrición. • Acumulación extrema de basuras (papel, ropas, plásticos y otros). • Los mismos indicadores que para la negligencia.
<p>INDICADORES DE ABANDONO</p> <p>Se considera abandono cuando la persona que está encargada de prestar cuidados y atención a una persona mayor o de asegurar su atención física, desiste en su actividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono del anciano en el hospital, en un centro residencial, en un espacio público (centro comercial, gasolinera u otros) o incluso en el propio domicilio. • Declaración de la propia persona según la cual dice estar o sentirse abandonada.
<p>INDICADORES DE VULNERACIÓN DE DERECHOS</p> <p>Incluye los derechos elementales que no están contemplados en el resto de tipologías, puesto que en todos los tipos de malos tratos a las personas mayores se da, implícitamente, una vulneración de estos derechos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la privacidad por no disponer de un espacio personal. • Intromisión en la intimidad (mirar la correspondencia). • Impedimento para ejercer los derechos de los ciudadanos como votar, casarse, mantener contacto con amigos. • Ingreso involuntario en un centro residencial. • Falta de respeto por sus deseos, valores, creencias y opiniones. • No disponer de información de los propios derechos.
<p>INDICADORES DE CARÁCTER GENERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro general repentino de la persona mayor sin motivo aparente. • Cambios bruscos de comportamiento de una persona mayor. • Actitudes por parte del cuidador indiferentes o culpabilizadoras. • Retraso en la demanda de asistencia médica y social. • Cambios de médico frecuentes y sin motivo justificado.

B. - Elder Assessment Instrument (EAI Fulmer 1984) y Elder Neglect Assessment Instrument (ENAI Fulmer, 2000)

El EAI consta de cinco áreas de valoración que contienen indicadores tanto a nivel general como de las tipologías de abuso físico, económico, negligencia y abandono. Se trata de un test diseñado para explorar la negligencia mediante seis aspectos, que son: elementos generales, sociales, emocionales, de salud, de independencia y de negligencia.

La aplicación debe ser realizada por profesionales de la salud debidamente entrenados y están pensados para pasarlos especialmente en los servicios de urgencias de los hospitales.

C. - Model Elder Abuse Diagnosis and Intervention (EADI - Tomita, 1997)

Se trata de un modelo global en el que se determinan los instrumentos que se deben disponer, dónde y cuándo se ha de llevar a cabo la entrevista, las técnicas para obtener los datos, el método de evaluación funcional y el estado físico y psicológico.

Se entrevista al maltratador y se valoran las situaciones de riesgo.

La aplicación debe llevarla a cabo personal formado en el tema. No se dispone de un formato específico.

D.- Adults Protective Services Reports. National Center on Elder Abuse (NCEA, 1998)

Los formularios de este centro disponen de la recogida de datos para ser utilizados tanto en caso de demanda por parte de las víctimas como de sospecha por parte de los profesionales. Se utilizan a través de la red pública de asistencia telefónica o en las instituciones estatales.

Cada caso es documentado por personal entrenado. No se dispone de un formato específico.

En conclusión, podemos afirmar que la finalidad de todas las pruebas de detección es la de poder responder a las preguntas y a la inquietud generada al encontrarnos ante situaciones de maltrato sufrido por las personas mayores. Las diversas circunstancias en las que se producen los malos tratos enmarcan cual debe ser el instrumento que se debe utilizar de forma más idónea.

5.2.3.- Evaluación ambiental, familiar y de calidad de vida: Escalas de valoración social y familiar

Es manifiesto que el soporte social de que dispone una persona mayor determina en gran medida su bienestar y satisfacción vital, permitiéndole una mayor y mejor autopercepción de su estado de salud e incrementar su autoestima.

La valoración social se ocupa de determinar la relación que existe entre la persona usuaria (paciente, cliente) y el medio en el que se desenvuelve. Está encaminada a detectar situaciones ambientales de fragilidad. Nos permite identificar, también, situaciones familiares, socioeconómicas y de salud que condicionan a la persona mayor, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado a cada circunstancia y la utilización de los recursos más idóneos. Uno de los objetivos primordiales de los profesionales, tanto de la geriatría como de la gerontología, es el de poder obtener información rigurosa, fiable, válida y precisa, con las menores desviaciones y sesgos posibles.

En el momento de seleccionar las técnicas más apropiadas para cada caso es preciso tener en cuenta y de una forma muy especial tres criterios (Hernández, 1995): la aplicabilidad tanto para el evaluador como para el evaluado; el rigor y la competencia técnica en su utilización. La conveniencia de utilizar las escalas de valoración queda, por otra parte, justificada si tenemos en cuenta las siguientes necesidades:

- Sistematizar la información y utilizarla para la investigación.
- Obtener la homogeneidad con otras escalas de valoración, ya sean las funcionales, las clínicas, las mentales, utilizadas por otros profesionales en el equipo interdisciplinar.
- Facilitar el pronóstico (De Vicente et al, 1996) y la posibilidad de adoptar medidas preventivas.

- Permitir observar la situación en un momento concreto y su posterior evolución.

En los últimos años se han desarrollado diferentes escalas de valoración social. Exponemos a continuación algunas de las que más se utilizan actualmente:

Tabla nº 14. Escalas de Valoración Social y Familiar

TIPO DE VALORACIÓN	NOMBRE DE LA PRUEBA
A.- Soporte Social	<ul style="list-style-type: none"> • OARS - Escala de recursos sociales . • Inventario de Recursos Sociales en Ancianos. • Escala de apoyo social funcional Duke-unc-11
B.- Soporte Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Escala socio - familiar de Gijón • Cuestionario de Barber • Apgar Familiar
C.- Soporte a los cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit

Fuente: Elaboración propia

A.- Soporte Social

La aplicación de alguno de los siguientes instrumentos en una situación concreta nos permitirá tener información plausible para poder evaluar los aspectos sociales que atañen directamente a la persona mayor y a su entorno familiar.

Las escalas que estudian la función social en toda su amplitud son muy complejas y muy amplias y su uso no está tan extendido como en otras áreas.

- **OARS Escala de recursos sociales.**

Es uno de los instrumentos mejor conocido. La Escala OARS (*Older Americans Resources and Services, Kane y Kane, 1981*), proporciona información acerca de la estructura familiar, los patrones de la amistad y de las visitas sociales, así como la disponibilidad o no del cuidador. Valora cinco áreas: recursos sociales; recursos económicos; salud mental; salud física; actividades de la vida diaria (AVD). Basándose en las respuestas obtenidas se evalúan los recursos sociales de la persona según una escala de seis puntos, que van desde excelentes recursos sociales hasta relaciones sociales totalmente deterioradas.

- **Inventario de Recursos Sociales en Ancianos.**

Se trata de un test corto. Contiene cuatro apartados referentes al cónyuge, los hijos, el resto de familiares y los amigos. El objetivo de la prueba es evaluar los recursos sociales del anciano.

- **El cuestionario de Soporte Funcional de Duke-UNC**

Este instrumento fue diseñado por Broadhead en 1988. Su objetivo principal es medir el soporte social funcional que se percibe. La calidad del soporte social ha demostrado ser el mejor predictor de salud y bienestar. Explora los aspectos cualitativos o funcionales del soporte social.

Inicialmente se trataba de un instrumento de 14 ítems, pero el propio autor lo modificó reduciéndolo a 11 ítems. Explora cuatro áreas: la calidad del soporte; soporte confidencial; soporte afectivo; soporte instrumental. Existen dos validaciones en castellano. Se trata de un cuestionario autoaplicado y cada epígrafe admite cinco posibles respuestas en una escala de tipo Likert.

La puntuación obtenida es un reflejo del soporte percibido, no del real. A menor puntuación menor soporte. No es tan importante la frecuencia de las relaciones sociales como la percepción del interés y del calor humano, aspectos que son valorados en este cuestionario.

B.- Soporte Familiar

- **La Escala de Gijón**

Recoge brevemente los principales aspectos sociales a considerar en la evaluación integral de las personas mayores. Explora cinco áreas: la situación familiar; la vivienda; las relaciones y contactos sociales; soporte de la red informal; situación económica. Con

todo ello evalúa la necesidad de recursos, el entorno físico y soporte social de la persona mayor.

- **Cuestionario de Barber**

Es un instrumento fundamental para llevar a cabo la valoración de la fragilidad del anciano en la atención primaria que es dónde sin duda se detectan estas situaciones. Son diversos los cuestionarios que evalúan la fragilidad, pero de entre ellos citamos al de Barber por su sencillez y facilidad de aplicación.

Sin poder hablar de un consenso, citaremos los factores que generalmente determinan la fragilidad del anciano y son aceptados por la mayoría de los autores: ser mayor de 80 años; pluripatología; polifarmacia; sin soporte social; aislamiento y soledad; problemas de deambulación; pobreza; entre otros.

- **APGAR Familiar**

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado por Smilkstein en 1978 con la finalidad de explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad; cooperación; desarrollo; afectividad; capacidad resolutive.

Esta escala tiene la ventaja de su reducido número de ítems y su facilidad de aplicación. El cuestionario se puede aplicar tanto por el entrevistador como por la persona entrevistada. Consta de 5 preguntas, con tres posibles respuestas. Cada una se puntúa de 0 a 2. Es un instrumento muy útil para detectar la disfunción familiar de la persona mayor.

C.- Soporte a los cuidadores

En las situaciones de dependencia funcional o cognitiva de las personas mayores, uno de los factores importantes de valoración es el del cuidador principal, que se debe diferenciar de las personas que intervienen de forma ocasional o intermitente. Por este motivo, en

primer lugar es necesario identificar a la persona que desempeña este rol, para posteriormente considerar la posibilidad de medir la carga que esta tarea pueda representarle.

El trabajo con los cuidadores no se ajusta solamente al desarrollo de las actividades informativas y de adquisición de habilidades sobre los cuidadores, sino que abarca también aspectos relacionados con la atención al mismo cuidador y sus circunstancias. Muchos han sido los autores que coinciden en resaltar la conveniencia de detectar la presión, tanto física como psíquica, a que está sometida la persona responsable de la atención a una persona dependiente.

- **Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit**

Una de las escalas más útiles, validada por M. Martin y sus colaboradores es la de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Diseñada por este autor, valora la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de pacientes con demencia. La primera versión constaba de 29 ítems, pero la más extendida es la de 21 ítems.

Se trata de un instrumento autoaplicado con preguntas que exploran los efectos negativos sobre el cuidador en diferentes áreas de su vida: salud física; psíquica; actividades sociales; recursos económicos.

5.3.- Manuales para la detección de malos tratos a mayores

Asta el momento, en nuestro país se han creado distintos protocolos y algoritmos para ayudar a organizar especialmente a los profesionales de la salud en los centros hospitalarios, los circuitos de detección y de intervención en situaciones de violencia.

Ciertamente, podemos observar que la mayoría de los protocolos surgidos van dirigidos a la violencia de género o también denominada violencia doméstica.

Algunos ejemplos:

- Ayuntamiento de San Boi de Llobregat. Circuito Local de Atención a las Mujeres víctimas de violencia domestica. 1999.

- Sistema Nacional de Salud. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos. Dirigido a la mujer. 2000.
- Ayuntamiento de San Feliu de Llobregat. Documento red de coordinación para la atención de mujeres víctimas de violencia. 2001.
- Ayuntamiento de Cervelló. Documento circuito de atención a las mujeres víctimas de violencia. 2002.
- Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut. Quadern nº14. Recomendaciones para la atención sanitaria a las mujeres maltratadas 2004.
- Protocolos de detección y atención al maltrato en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. Abril, 2005.

No obstante, también debemos destacar que han aparecido iniciativas, tanto en el ámbito de la salud como de los servicios sociales, para desarrollar instrumentos adecuados para la detección de los malos tratos a las personas mayores. A continuación mencionamos los más relevantes:

✚ **Guía para el abordaje de la problemática médica y legal de las personas mayores.**

El Colegio Oficial de Médicos de Girona (COMG) editó el año 2001 un manual para la detección y el abordaje de la problemática médica y legal de los malos tratos a ancianos . Esta guía identifica las diferentes tipologías de malos tratos utilizando las categorías que propone la National Aging Resource Center on Elder Abuse (Narcea): maltrato físico o psicológico; abandono; autonegligencia (cuando el anciano amenaza su propia seguridad); abuso económico; abuso sexual y misceláneos (en este apartado se engloban los abusos médicos o la violación de los derechos, entre otros). Asimismo, el manual apunta a los profesionales qué pasos deben seguir para denunciar judicialmente los casos de abuso. La guía se editó para dar respuesta a una “necesidad social”, advierte de que “la población está envejeciendo y el riesgo de malos tratos a ancianos es cada vez mayor”. Los datos del COMG revelan que entre el 4 y el 10% de las personas mayores de 65 años que viven en Girona sufren algún tipo de abuso.

✚ **Circuito de actuación contra la violencia de género y en el entorno familiar**

El Ayuntamiento de Castelldefels (Barcelona) publicó en noviembre de 2003 una guía para presentar el circuito y el protocolo que utilizan en esta población para tratar el tema de los malos tratos, ya sea a los niños, a las mujeres o a los ancianos. Es un primer paso para la prevención, la actuación y seguimiento de los casos de abusos y malos tratos, utilizando la coordinación y el trabajo de todos los profesionales y organismos implicados, con objeto de hacer más eficaz, ágil y positiva la atención a la víctima.

✚ **Protocolos para la detección y la atención de los malos tratos en ámbito familiar desde la atención primaria de salud**

Esta iniciativa surgió el mes de diciembre de 2003 en un Área Básica de Salud situada en el distrito de Nou Barris de Barcelona. Un grupo multidisciplinar de profesionales de atención primaria de salud crearon una comisión para trabajar el tema de la violencia, problemática cuya incidencia en su zona es del 20% del total de la consulta. El objetivo fue poder disponer de una estructura organizada que mejorara la atención a las personas que detectaban como posibles afectadas de malos tratos, fundamentalmente centrada en la violencia de género. A partir de esta primera comisión, se decidió formar tres subcomisiones: una para el maltrato a la infancia y adolescencia otra para la violencia de género y la tercera para los maltratos a los ancianos. Desde estas comisiones se considera que la atención primaria de salud ocupa una posición privilegiada por lo cercana para poder prevenir y por las posibilidades de disponer de una visión integral para toda la población.

✚ **Protocolos de actuación en situaciones de malos tratos de mujeres y personas mayores. Hospital General de Cataluña**

En el año 1996 el Hospital General de Cataluña emprendió una línea para la mejora de la asistencia y atención a las víctimas o posibles víctimas de maltrato, mediante la utilización de tres principios básicos: el respeto a los derechos de las personas; la asistencia y la protección. En el año 1998 se aprobó el primer protocolo de detección de maltrato infantil.

A continuación surgió la necesidad de elaborar un protocolo para las mujeres en situación de maltrato y otro específico para las personas mayores. Para elaborar estos protocolos se contó con la participación de un equipo interdisciplinar y se establecieron unos criterios objetivos que permitieron identificar las posibles víctimas y evaluar sus riesgos de malos tratos. Finalmente, el protocolo para atender situaciones de gente mayor fue aprobado en abril de 1999.

↓ **Protocolo Básico de actuaciones en situaciones de maltrato.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona**

El Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, además de tratar al paciente por su problema de salud, estableció y tiene en vigor, desde enero de 1999, un registro de malos tratos que se cumplimenta cada vez que se atiende a un paciente maltratado o con sospecha de serlo. Posteriormente la situación se remite al Departamento de Trabajo Social del Hospital, el cual proporciona la intervención correspondiente e informa al Consorcio Sanitario de Barcelona. Va dirigido a todo tipo de población.

↓ **Protocolo Integral de atención a las personas mayores. IMAS (Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria).**

Los profesionales del Hospital del Mar de Barcelona parten de la idea de que el solo hecho de pasar por alto estos casos de malos tratos y no intervenir se puede considerar una mala praxis. Estos profesionales actúan en la detección de situaciones de riesgo de personas mayores maltratadas y en la posterior derivación de las víctimas. También informan de los mecanismos para solicitar ayudas, hacen seguimiento y participan en la difusión de los programas creados para erradicar la violencia intrafamiliar.

En el año 2003, con la colaboración de todos los profesionales, presentaron un protocolo integral para ser aplicado en el centro en situaciones de malos tratos a las personas mayores.

✦ Conjunto de instrumentos para la detección de los malos tratos a las personas mayores en el ámbito domiciliario. Ayuntamiento de Barcelona.

En el año 2003, el Ayuntamiento de Barcelona, sensible al tema de los malos tratos a las personas mayores y cumpliendo las recomendaciones de las distintas organizaciones y foros en los que se recomienda a las administraciones llevar a cabo acciones para erradicar toda forma de violencia, encargó al grupo EIMA (Equipo Investigación Malos tratos Ancianos), la elaboración de un trabajo de investigación. Su finalidad era construir un instrumento de detección para las situaciones de abuso, violencia y maltrato a los mayores que viven en sus domicilios. Se contó con la participación de un grupo de profesionales que trabajaban en los servicios de atención primaria de servicios sociales, atención primaria de salud, servicios PADES, Caritas (trabajadores sociales, psicólogos, juristas, médicos). Con todos ellos se organizaron grupos de discusión y con las sugerencias obtenidas, junto a las observaciones tanto del grupo como del equipo investigador, se elaboró un instrumento de detección. La condición para su aplicación es que sólo se debe utilizar con una formación previa sobre el tema de los malos tratos a ancianos.

CAPITULO 6

Marco jurídico de los malos tratos a los mayores

6.1.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Civil

6.1.1.- La incapacitación

6.1.2.- La Pensión alimenticia

6.1.3.- La Autotutela

6.1.4.- Las Voluntades Anticipadas

6.1.5.- Ley de situaciones convivenciales de ayuda mutua.

6.1.6.- Ley de acogida de personas mayores.

6.2.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Penal

6.2.2.- Delitos y faltas

6.3.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho

Administrativo

6.3.1.- Normativa de servicios sociales

6.3.2.- Supresión de barreras arquitectónicas

6.3.3.- Ley 18/2003 de 4 de julio, de apoyo a las familias

6.- Marco jurídico de los malos tratos a los mayores

La regulación de los malos tratos la aborda básicamente el Derecho Penal y, por lo tanto, con una visión punitiva y coercitiva. Esta regulación no debería, sin embargo, ser contemplada desde esta perspectiva sancionadora, sino mayormente desde un punto de vista preventivo, por lo que se considera necesario agregar otras normativas en referencia al maltrato que puedan ser preventivas y limitadoras.

En principio puede parecer que las diferentes normativas no son efectivas para la protección y sanción de esta problemática; así, lo que se considera necesario es propugnar la toma de conciencia de los hechos, no solamente por parte de los diferentes operadores jurídicos sino también por el resto de profesionales que circundan a la persona maltratada, puesto que estos serán posiblemente los que podrán dar pie a que inicien su funcionamiento los mecanismos jurídicos. Sin la información no es posible la actuación jurídica. El Derecho solamente actúa de oficio en situaciones muy graves. Aun así, también es preciso distinguir que no todo maltrato ha de tener respuesta jurídica, porqué en muchas ocasiones se trata más de una conducta más contraria a la ética que a la legislación.

Existe la percepción generalizada en nuestra sociedad de que la normativa vigente no es suficiente para combatir o abordar los maltratos. No obstante, el repaso de la legislación actual en nuestro país nos muestra, a nuestro entender, que tenemos suficientes herramientas legales para intervenir; lo que ocurre es que se constata la necesidad de que la aplicación de dicho marco legal se haga efectiva, ágil y correctamente mediante una visión integral y buena coordinación de la misma. No es preciso acumular más y más leyes, sino darlas a conocer mediante una buena difusión y que aquellos que tienen que aplicarlas (las administraciones y los operadores

jurídicos) tengan el adecuado conocimiento de la problemática de los malos tratos a los mayores para poder intervenir bajo una visión holística.

El marco jurídico lo hemos de reflejar pues desde la vertiente civil, penal y administrativa y, a título enunciativo, a escala constitucional. Iniciamos el análisis del abanico jurídico desde el ámbito civil porque éste tiene un carácter preventivo importante, intentando modificar la idea de que la respuesta jurídica ante los malos tratos sólo es penal.

Por otra parte, se hace indispensable fomentar las interconexiones entre las distintas ramas del Derecho para dar una respuesta efectiva al problema. El marco jurídico no tiene que estar ubicado exclusivamente en una de las vertientes citadas, a veces actuará de forma unitaria pero a menudo la solución surgirá de la utilización de los diversos recursos jurídicos procedentes de los diversos tipos del Derecho.

A continuación, se enumeran y definen diversas figuras jurídicas en las diferentes ramas del Derecho que se consideran como recursos adecuados y de los que se puede sacar un interesante rendimiento.

6.1.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Civil

Los instrumentos jurídicos derivados del Derecho Civil que más se pueden relacionar de forma directa o indirecta con los malos tratos y su prevención o protección hacia las personas mayores son:

- Las figuras que se derivan del proceso de incapacidad jurídica (tutor, curador, defensor judicial)
- La regulación de la pensión alimenticia
- La autotutela
- Las voluntades anticipadas
- La ley de situaciones de convivencia y ayuda mutua
- La ley de acogida a personas mayores.

6.1.1.- La incapacitación

El espíritu de la Constitución Española (1978) no podía dejar a un lado la protección de la persona incapaz. En el Art. 49 establece que *“los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los amparan especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos”*.

La incapacitación y las instituciones tutelares se regulan en el Código Civil, en la Ley de enjuiciamiento civil y, para Cataluña, la Ley 9/1998 del Código de Familia. Se trata de un recurso jurídico bastante mencionado pero ciertamente infrautilizado, *aspecto que queda confirmado en el estudio de casos de esta tesis*, a la vez que se destaca la conveniencia de su utilización ante posibles situaciones de riesgo, ya sean confirmadas o sospechadas. Muchas de las personas mayores que padecen algún tipo de malos tratos, habitualmente padecen alguna demencia o enfermedad que no les permiten, entre otras, realizar las actividades de la vida diaria y decidir sobre aspectos de su propia vida. A su vez, sus cuidadores son familiares directos o cercanos, a menudo desbordados por la situación con el paso del tiempo o por otros problemas colaterales. Ante una situación como ésta nos podemos proponer la siguiente cuestión:

¿Qué ventaja supone para la víctima la incapacitación?. Obviamente el control judicial. El hecho de nombrar un tutor, un curador o un defensor judicial, garantiza que al menos una vez al año se rindan cuentas de la actuación tutelar y puede originar que, por el hecho de saber que existe esta supervisión, los próximos a la persona controlen más las actuaciones de todo tipo, sintiéndose más supervisados. No podemos tener la seguridad total de que no haya maltrato, pero al menos éste puede quedar atenuado y permite que, en situaciones concretas, la actuación del Ministerio Fiscal o del Juez determinen una nueva protección, circunstancia que sin haber tramitado la incapacitación siempre quedaría en manos del maltratador.

Por otro lado, el mismo hecho de la incapacitación también puede, en cierta medida, controlar el abuso que se hace de los internamientos en centros gerontológicos, en los cuales una persona legalmente capacitada, aún y ser incapaz de hecho, sufre un ingreso sin ningún tipo de protección, quedando supeditada a la voluntad de cualquiera de las personas de su alrededor y, muchas veces, con diferentes criterios

entre los familiares. Por el contrario, si existe la figura tutelar ésta sí que está legitimada legalmente y responde además de su actuación frente a un Juez.

6.1.2.- La Pensión alimenticia

De la condición de parentesco emanan una serie de obligaciones que afectan aquellos que son más próximos, obligados a proporcionar determinadas ayudas de carácter físico, psíquico y social que en nuestra legislación han venido llamándose tradicionalmente el derecho a alimentos entre parientes.

El Código de Familia, en su Título VIII, Art. 259, define por alimento todo lo que es indispensable para el mantenimiento, la vivienda, el vestir, la asistencia médica, así como los gastos funerarios del alimentado. Están obligados a prestar alimentos los cónyuges, los descendientes, los ascendientes y los hermanos. La solidaridad es otro fundamento de la institución familiar. Así, suele decirse que si los padres han cuidado de sus hijos cuando estos eran pequeños y dependían para todo de ellos, ahora cuando en la vejez lo necesiten deben ser los hijos los que se ocupen y ayuden a sus padres, ya que aunque los poderes públicos pueden prestar ayuda, ésta no es del todo suficiente y la atención de la familia se hace completamente imprescindible (recordemos la falta de protección familiar en nuestro país).

Las características del derecho de alimento son:

- El carácter personal: Es un derecho que se fundamenta en el parentesco y sólo puede reclamarse por la persona que ostenta ese parentesco.
- Reciprocidad: Se trata de una obligación familiar en la que el parentesco y la posición es recíproca.
- Irrenunciable: No se puede renunciar a este derecho nunca ni de ninguna forma. Se refiere al derecho en sí, no a las prestaciones derivadas de este derecho, por ejemplo las pensiones alimenticias, que sí que se puede renunciar.
- Imprescriptible: Este derecho no prescribe, no se extingue con el transcurso del tiempo.

Tiene derecho a reclamar alimentos sólo aquella persona que lo necesite o, si es el caso, su representante legal y la entidad pública o privada que lo represente. El recurso a ésta institución de alimentos entre parientes, al menos en lo que se refiere a

la reclamación de los ascendentes (personas mayores) a sus descendientes, está en crisis.

¿En que consiste esta prestación de alimentos? En principio se trata de que el alimentante pague al alimentista una pensión monetaria que le permita acceder a sus necesidades de casa, sustento, ropa, sanidad... La ley propone una doble opción, o bien pagar la pensión que se fije o bien recibir y mantener al alimentista en su propia casa. Este segundo aspecto es muy importante tenerlo en consideración en una situación de malos tratos.

Generalmente los padres no quieren denunciar a sus propios hijos. Destacamos que en el estudio de casos realizado no se ha encontrado ninguna reclamación de alimentos por parte de las personas mayores maltratadas que lo necesitaban.

6.1.3.- La Autotutela

La delación voluntaria (autotutela) se regula en el Código de Familia.

Antes citábamos la incapacitación, en la cual un juez nombra un tutor o curador, como sistema de protección. No obstante, todavía podemos proteger más a la persona mediante la autotutela (delación voluntaria). En esta figura legal, cualquier persona, en previsión de ser declarada incapaz, puede nombrar, mediante escritura pública, las personas que quiere que ejerzan algún o algunos de los cargos tutelares establecidos por el Código de Familia y también designar sustitutos o excluir a determinadas personas. De esta forma no se deja la decisión a una persona ajena, como un juez, sino que es el propio individuo el que decide quien es la persona que lo cuidará mejor y seguramente podrá así evitar un futuro maltrato.

Ante un caso de delación voluntaria formalizado en su presencia los notarios deben dirigir un oficio al Registro de Nombramientos Tutelares.

6.1.4.- Las Voluntades Anticipadas

El documento de voluntades anticipadas queda especificado en la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, Art.8, sobre los derechos de información concernientes a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica. Esta ley abarca un campo mucho más amplio que forma el conjunto adecuado para enmarcar el tema de las voluntades anticipadas. También establece el derecho a la información del paciente a no ser informado si uno no lo desea (saber qué le pasa) el propio paciente es el titular del

derecho a la información, el derecho a la intimidad, a la confidencialidad de los datos, al respeto de la autonomía del paciente y sobre la historia clínica.

El Art. 8 de la citada ley consta de cuatro apartados:

- a) Ofrece una definición sobre lo que se entiende por voluntades anticipadas
“es el documento dirigido al médico responsable en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de forma libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. La persona puede designar un representante como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por él mismo”
- b) Un segundo punto, que explica la formalización del documento, como se puede hacer y que ha de constar para que sea válido.
- c) Un tercer apartado donde se expresa la invalidez del documento si incorpora previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica.
- d) Los documentos se depositan en un registro de voluntades anticipadas.

El cambio de cultura jurídica en la relación médico paciente, evidenciado en el principio de autonomía de la persona, supuso dejar al margen una relación caracterizada por un sentido paternalista y regida por el principio de beneficencia, para llegar a una nueva situación, más acorde con los tiempos, en la que el paciente o sus derechos se configuran como protagonistas.

6.1.5.- Ley de situaciones convivenciales de ayuda mútua.

Al margen del matrimonio y de las uniones estables de pareja, la sociedad de hoy presenta otras formas de convivencia de ayuda mútua, especialmente en lo que se refiere a las personas de edad avanzada y que se intenta regularizar para superar las dificultades que ello conlleva. Es por ese motivo que el Parlamento de Cataluña aprobó por unanimidad la primera ley en España para las personas que conviven sin ser pareja, con aplicación muy relevante para las personas de edad avanzada aunque su redactado no diferencie edades. (Ley de 19/1998, de 28 de diciembre)

Según su redactado, los destinatarios de la ley son “mayores de edad que establecen entre ellos una relación de convivencia o de ayuda mutua”, esto es, comparten piso, gastos y tareas domésticas por amistad o sencillamente para hacerse compañía. Pueden ser parientes, no por línea directa, como padre e hijo, pero sí por línea colateral y sin límite de grado, como hermanos, primos o una tía y su sobrino. Se define el criterio de que si son amigos el máximo número para entrar en la regulación es de cuatro personas bajo un mismo techo.

Según las estadísticas, queda demostrado que la máxima beneficiaria de esta nueva norma será la población de personas mayores, puesto que el 80% de los hogares de Cataluña, no integrados por parejas o por familias de padres e hijos, están compuestos por mayores de 65 años. Así pues, con esta figura legal no sólo se protege a estas personas sino que también se ayuda a que permanezcan en sus casas y no opten por una residencia gerontológica.

Una de las bases en la que se asienta la ley es la de asegurar que el conviviente que sobrevive a la muerte del otro y que se ha quedado sin bienes suficientes pueda salir adelante. Podrá reclamar de los herederos del fallecido, siempre y cuando haya convivido al menos dos años, una pensión periódica durante tres años, que nunca rebasará el valor de la cuarta parte de la herencia.

Otra cuestión que se regula es la permanencia en la vivienda en caso de disolución de la convivencia por muerte o de mútuo acuerdo. Este era uno de los aspectos que a las personas mayores les frenaba para tomar este modelo de convivencia como el suyo propio.

6.1.6.- Ley de acogida de personas mayores.

El acogimiento familiar se basa en la consideración de que la vida en familia es la forma primaria y natural de convivencia del ser humano y que ha venido a ser el mejor modo de dar asistencia y apoyo a los ancianos. Es a la vez una institución de protección de la persona mayor.

Este tipo de acogida pretende cumplir las siguientes finalidades:

- Evitar en la medida de lo posible el internamiento de los mayores en centros residenciales.
- Mantener a la persona mayor en su medio social habitual.

- La integración del mayor en una familia acogedora para poder desarrollar su vida social.

La figura del acogimiento familiar de personas mayores es muy reciente en nuestro país y solo cuenta con normativa legal a nivel de Comunidades Autónomas: Concretamente, la Ley 22/2000 de 29 de diciembre, regulación autonómica catalana sobre la acogida de personas mayores, tiene por finalidad regular los pactos de la acogida. Consiste en vincular una persona o dos a otra persona o pareja en condiciones parecidas a las relaciones de parentesco, a cambio de una contraprestación.

Las personas acogidas han de ser mayores de 65 años, si la acogida es por razón de edad. En el caso de ser una situación de discapacidad, la edad no es determinante. Habitualmente deben compartir una misma vivienda que tenga condiciones de habitabilidad y de accesibilidad. El acogimiento se ha de constituir mediante escritura pública, es decir, ante notario y se ha de inscribir en el registro correspondiente.

Corresponde a la Administración de la Generalitat de Cataluña la planificación y la ordenación del acogimiento familiar de personas mayores y corresponde a la Administración Local la programación, la prestación y la gestión del servicio considerado como servicio social especializado.

Todas estas normativas nacen para aplicarlas a situaciones concretas, pero tenemos que insistir en su aplicación y divulgación, ya que hace falta maximizar la utilidad de la legislación vigente. Estas leyes, con la aplicación de otras a las que hacemos mención en este apartado, pueden ayudar mucho a la víctima de malos tratos.

6.2.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Penal

Desde el punto de vista jurídico, la actuación realizada a partir del Derecho Penal parece la más efectiva por su coercibilidad y presión sobre la persona que comete el maltrato o abuso pero, por otra parte, no siempre es la más adecuada ni la más eficaz. Tenemos que utilizarla como último recurso. Siempre tiene que ir acompañada de otras actuaciones, sean civiles o administrativas, y no caer en la trampa de que la única vía es el castigo. La gestión penal no puede ser sólo sancionadora, sino además

rehabilitadora y de aproximación entre las partes implicadas en la situación del maltrato.

6.2.2.- Delitos y faltas

La distinción entre delitos y faltas se hace en función de:

- a) Las penas que se establecen.
- b) Las consecuencias de la agresión: el código penal define la falta de lesiones por exclusión; toda agresión que causa lesión física o psíquica y no es delito, se considera falta. Así, son faltas las agresiones que causan una lesión que no requiere objetivamente para su curación más que una primera asistencia facultativa, sin necesidad de tratamiento médico o quirúrgico. No se considera tratamiento médico la simple vigilancia o seguimiento facultativo de la lesión.

En España el delito de maltrato se regula hasta ahora en el artículo 153 del Código Penal, modificado por la Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre, artículo 173.2, en el que se resalta que pena tanto la violencia física como psíquica, aunque de esta segunda se hace muy difícil que se emitan sentencias por la dificultad de la prueba. Esta ley incluye el maltrato a la pareja, los ascendientes, incapaces que conviven con la persona denunciada, los acogidos a tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho, a la persona amparada por cualquier relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de convivencia familiar, así como sobre la persona que por su especial vulnerabilidad se encuentre sometida a custodia o guarda en un centro público o privado. Esta violencia será considerada agravante cuando se realice en el domicilio común o en el de la víctima.

Es necesario aclarar que, a efectos del Código Penal, se considera incapaz a toda persona, haya estado o no declarada su incapacitación, que tenga una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o bienes por sí misma.

Para dictar sentencia condenatoria se tiene en cuenta la habitualidad y para apreciar ésta, se atiende al número de actos violentos que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los actos.

A nivel genérico se dan otros tipos de delitos y faltas como pueden ser las lesiones, vejaciones, abandonos y delitos de tipo patrimonial como apropiación indebida y

estafa, obviamente también regulados por el Código Penal. Otros delitos y faltas que hacen referencia expresa a las instituciones tutelares y a los incapaces y que suponen un evidente maltrato, como:

- ✚ El incumplimiento de los deberes legales de asistencia, de tutela o de prestar la asistencia necesaria para el sostén de sus ascendientes o cónyuge que estén necesitados.
- ✚ El abandono de una persona declarada incapaz y la utilización de esta para mendigar.
- ✚ Encontrar abandonado a un incapaz y no presentarlo a la autoridad o a su familia o no prestarle ayuda.
- ✚ No prestar asistencia o auxilio a una persona mayor que se encuentre desvalida y dependa de su cura.
- ✚ Inducir a abandonar el domicilio familiar.
- ✚ Abandono de un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda, empeorando la pena si el abandono lo realiza el tutor.

También hay que tener en cuenta los condicionantes del maltratador (alcoholismo, drogadicción, problemas económicos, paro, desgaste de cuidador, crisis matrimonial, ignorancia, negligencia), los cuales en diversas situaciones pueden comportar atenuantes de la pena impuesta, circunstancia que hace reflexionar sobre la voluntariedad o no de los actos cometidos y de cómo podían haberse evitado con medidas alternativas o actuaciones previas.

En relación a esto, también hace falta pensar que una vez se inician las actuaciones penales se hace necesario proteger aun más a la víctima, ya que mantenerla junto al maltratador cuando está pendiente una resolución judicial puede ser muy duro y peligroso para la parte más débil y aun más cuando el presunto causante tiene condicionantes como los citados; por lo tanto, es adecuada la utilización de recursos como los citados en este marco legal (situaciones convivenciales, acogimiento, viviendas tuteladas, etc.).

Uno de los últimos recursos incorporados a la legislación a nivel estatal, es la Ley 27/2003 de 31 de julio, reguladora del orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica, que no obstante, tiene una marcada referencia hacia la problemática de la violencia de género. Esta ley menciona las personas citadas en el artículo 153 del Código Penal (con la última reforma, art.173.2) que, como

señalábamos antes, son los ascendientes o incapaces que convivan y, por lo tanto, tiene aplicación directa a los malos tratos que sufren la personas mayores.

Sintéticamente, las principales novedades son:

- ✚ La orden de protección a las víctimas en situaciones objetivas de riesgo.
- ✚ La obligación de las entidades y organismos asistenciales, públicos o privados, que cuando existan indicios fundados de maltrato lo pongan en conocimiento del Juez de guardia o del Ministerio Fiscal.
- ✚ La orden de protección se podrá solicitar directamente a la autoridad judicial, al Ministerio Fiscal o bien a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, a las oficinas de atención a la víctima, a los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las administraciones públicas.
- ✚ La orden va acompañada de un protocolo para su implantación y de un modelo de solicitud de orden de protección.

En el ámbito penal también se dispone de otro recurso, aún infrautilizado, como es la mediación penal. En otros países su aplicación tiene acreditada unos buenos resultados. Asimismo, consideramos que la actuación penal debe ir unida a otras actuaciones, tanto del ámbito civil como del ámbito administrativo y de servicios sociales, para que ésta sea realmente efectiva.

6.3.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Administrativo

Presentamos a continuación algunos de sus referentes.

6.3.1.- Normativa de servicios sociales

La normativa del Derecho Administrativo es un instrumento fundamental para hacer frente al problema de los malos tratos a las personas mayores, puesto que permite tanto la prevención como la detección y también su resolución. Puede existir un abordaje de las diferentes situaciones según la especificidad de cada caso y teniendo en cuenta no solamente las necesidades de protección de la víctima sino también las necesidades de soporte de la persona que ocasiona el maltrato, especialmente si ésta no obra de mala fe.

Esta rama del derecho es también la que regula y fundamenta el control y la inspección de los servicios y equipamientos prestadores de servicios sociales dirigidos

a las personas mayores, acciones que, ciertamente, limitan de forma importante las posibilidades de malos tratos en el ámbito institucional.

Es importante el aumento de los servicios de atención domiciliaria, por un lado, como servicios muy solicitados por la población mayor (deseo de mantenerse en el domicilio) y por el otro como medida de supervisión de lo que sucede, la crónica oscura. Por lo tanto, es en la atención domiciliaria dónde el profesional puede detectar o sospechar el maltrato o el trato inadecuado y, teniendo conocimiento del problema en su fase inicial, agilizar los mecanismos de intervención que serán más sencillos, especialmente desde el punto de vista jurídico pero también desde el social y asistencial.

Además, este tipo de normativa ofrece otro recurso adecuado para la víctima, tales como las viviendas tuteladas, especialmente aquellas dependientes del municipio, que nos permitirán separar a la persona del lugar de riesgo. Aunque, en lo posible, es aconsejable la intervención más directa dentro de un entorno que potencie las relaciones personales y de convivencia, hecho más difícil de conseguir en el entorno de una residencia gerontológica al ser todo más rígido en cuanto a horarios, convivencia y control de salidas del edificio.

Respecto a las personas institucionalizadas, a nivel jurídico es más factible intervenir y tener conocimiento y pruebas de los malos tratos que con las que no lo están, debido a que las residencias están sometidas a controles e inspecciones. Es más, en ellas trabaja un conjunto de profesionales que pueden denunciar o poner en conocimiento los hechos y testificar al respecto en un procedimiento judicial.

Estas premisas son más favorables para la intervención judicial que cuando el maltrato se da en el domicilio, pero aun así, la institución es un foco importante de casos de maltrato y tendríamos que plantearnos si, además de las responsabilidades que se pidan al titular del centro y a los profesionales, se tendrían que pedir a la administración competente como coautora o responsable subsidiaria, al ser quien tiene la potestad de control y sanción respecto a estos centros. Entendemos que el marco jurídico actual permite esta actuación.

En Cataluña la regulación la encontramos en el Decreto 284/1996 de 23 de julio, de regulación del sistema catalán de servicios sociales, y en el Decreto 176/2000, que modifica el Decreto 284/1996. Los contenidos básicos de los derechos de los usuarios

de los servicios sociales están especificados en el Art. 5 y en el Art. 7 y hay que destacar como derecho que su vulneración puede considerarse maltrato.

Todas las administraciones públicas deberán velar por el respeto a los derechos de los usuarios de servicios y establecimientos sociales reconocidos en las leyes y especialmente los siguientes:

- ✚ Derecho a recibir voluntariamente el servicio social que corresponda
- ✚ Derecho a la información y a la participación democrática de los usuarios en el acceso a los servicios sociales.
- ✚ Derecho a la intimidad y a la no vulneración de datos personales
- ✚ Derecho a considerar como domicilio propio el establecimiento residencial dónde vive y a mantener relación con el entorno familiar y social.
- ✚ Derecho a no ser discriminado en el tratamiento por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión u otra condición personal o social y a ser tratado con el respeto y la consideración debida a su dignidad.
- ✚ Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, excepto situaciones excepcionales que deberán ser justificadas en el expediente asistencial del usuario.
- ✚ Derecho a la tutela de las autoridades públicas.

En el Art. 7 se trata de la libertad de ingreso en establecimiento residencial, aspecto que con demasiada frecuencia ha generado las causas objeto de maltrato a causa de no respetar el derecho a la decisión o autodeterminación. A lo largo del artículo se explica como se debe actuar en caso de que la persona no pueda manifestar libremente su voluntad por circunstancias personales.

Asimismo, la última convocatoria para la acreditación de entidades colaboradoras del Programa de soporte a la acogida residencial para personas mayores (orden BEF/108/2003 de 6 de marzo) incluye como derechos:

- ✚ Ser tratado con absoluta consideración en referencia a la dignidad humana.
- ✚ Ser tratado con respeto.
- ✚ Tener un entorno más cercano, reconocido como a propio.
- ✚ Tener en cuenta su situación personal y familiar.
- ✚ Morir con dignidad.

En relación a la institucionalización, hay que hacer mención de la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación a la salud y la atención sanitaria; aprobada por el Consejo Ejecutivo de la Generalitat de Cataluña el 24 de julio de 2001 (el apartado II hace referencia a los “*derechos de los ciudadanos en relación a la salud y la atención sanitaria*”). En esta Carta se recogen, entre otros, los diferentes derechos antes nombrados. Se presenta un listado extensivo que afecta a la actividad sanitaria y asistencial del que para no ser reiterativos, sólo destacamos como novedades importantes que, teniendo en cuenta los medios y recursos disponibles, las personas que pertenecen a grupos de riesgo a nivel médico como las personas mayores vulnerables, tienen derecho a actuaciones y programas específicos. Se debe evitar el abuso terapéutico, una práctica extendida en enfermedades terminales y que vulnera el derecho a la dignidad de la persona.

Es importante también el hecho que desde el año 2000, el Ayuntamiento de Barcelona transfirió diversas competencias a los distritos. Concretamente, la transferencia 14 referida a la salud pública incluye el “*control sanitario de viviendas*”. Esta transferencia resulta bastante importante en situaciones de abandono o de autoabandono, porque permite acceder a la vivienda y posteriormente a los Juzgados contenciosos-administrativos para solicitar la autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública y que impliquen privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental (Ley Orgánica 19/2003 de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial).

6.3.2. Supresión de barreras arquitectónicas

La dificultad para acceder a la calle por parte de las personas mayores puede conllevar el aislamiento de la persona y favorecer una situación de riesgo; de una manera gráfica, se sitúa a la víctima en una jaula a disposición del maltratador. Es importante por ello que la Administración tome las medidas necesarias para facilitar la supresión de estas barreras arquitectónicas, aumentando las subvenciones, ayudas o exenciones, dando prioridad a las situaciones de riesgo, porque si la persona está recluida en el domicilio las posibilidades de conocer el conflicto son mínimas, a no ser que la persona mayor disponga de una atención domiciliaria.

La regulación de este tema se encuentra en:

- ✚ El Decreto 135/1995 de 24 de marzo, de desarrollo de la Ley 20/1991 de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad, de supresión de barreras arquitectónicas y de aprobación del código de accesibilidad.
- ✚ También hacen referencia a esta materia la Ley 15/1995 sobre límites de dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad; la Ley de arrendamientos urbanos, (Ley 29/1994, art.24) y la Ley de propiedad horizontal, (Ley 8/1999, art.17).
- ✚ Finalmente, hay que mencionar la Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad que facilita a las personas discapacitadas y a las más de 70 años hacer las obras de accesibilidad necesarias así como la instalación de dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan su comunicación con el exterior.

6.3.3.- Ley 18/2003 de 4 de julio, de apoyo a las familias

Entró en vigor el 17 de enero de 2004, incluye temas importantes como son:

- ✚ *Vivienda*: el Gobierno tiene que adoptar medidas para promover el acceso a una vivienda adecuada o la adaptación de las viviendas familiares a las necesidades que genera la situación de dependencia, estableciendo líneas de ayudas para dichas adaptaciones.
- ✚ *Conciliación de la vida familiar y la vida laboral*: incluye medidas para garantizar más flexibilidad y disponibilidad horaria cuando se tenga a cargo personas con discapacidad física, psíquica o sensorial o personas de más de 65 años que dependan del trabajador y requieran de una atención especial.
- ✚ *Dependencia*: proporcionar apoyo para mantenerse en su entorno familiar y afectivo habitual y para conciliar la vida familiar y laboral. Garantizar prestaciones y servicios alternativos cuando no pueden estar en el citado entorno. Beneficios fiscales. Formación, soporte y descanso de los cuidadores.
- ✚ *Violencia familiar*: adopción de medidas para impedir y prevenir el maltrato o la violencia. Programa para la detección y la prevención y especial atención a la coordinación de los servicios públicos implicados. Derecho a acceder a un servicio de residencia temporal fuera del domicilio habitual a requerimiento del juzgado o del área básica de servicios sociales.

Según la disposición final tercera de la mencionada ley, el tema de la dependencia y la violencia familiar se aplica en función de lo que establezcan las leyes de presupuestos, las disposiciones reglamentarias que desarrollan los artículos que hacen referencia a ésta y los convenios, los planes o los programas que se aprueben.

6.4.- Los malos tratos a los mayores y el Derecho Constitucional

El Derecho Constitucional promulgado el año 1978, es la base de todos los demás derechos. Garantiza las libertades y derechos fundamentales y la tutela de estos derechos; proclama el derecho de amparo ante el Tribunal Constitucional y la posibilidad de acudir al Defensor del Pueblo. Algunos de los derechos fundamentales recogidos por la Constitución que tienen relación con el problema de los malos tratos son los siguientes:

- ✚ Derecho a la dignidad.
- ✚ Derecho a la vida y a la integridad física.
- ✚ Derecho a la intimidad personal.
- ✚ Derecho al secreto de comunicaciones.
- ✚ Derecho a la tutela judicial efectiva.
- ✚ Derecho a la propiedad privada.
- ✚ Derecho a la protección social, económica y jurídica de la familia.
- ✚ Derecho a la protección de la salud.
- ✚ Derecho a una vivienda digna y adecuada.
- ✚ Derecho a una pensión adecuada.
- ✚ Derecho a unos servicios sociales que atiendan los problemas de salud, vivienda, cultura y ocio.

