



Observatorio
de personas Mayores

Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación

Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord.)



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: Guía de actuación

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:
Onoff Imagen & Comunicación

COORDINADORES:
Antonio Moya Bernal
Javier Barbero Gutiérrez

AUTORES:

- Barbero Gutiérrez, Javier
- Barrio Cantalejo, Inés María.
- Gutiérrez González, Begoña.
- Izal Fernández de Trocóniz, María.
- Martínez Maroto, Antonio.
- Moya Bernal, Antonio.
- Pérez Rojo, Gema.
- Sánchez del Corral Usaola, Francisco.
- Yuste Marco, Antoni.

AGRADECIMIENTOS:

A Maite Sancho, por su empeño en defender los derechos de las personas mayores y su capacidad para ilusionarnos con la realización de esta guía.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos, y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

1.ª edición, 2005

© IMSERSO

EDITA: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales
Familias y Discapacidad
IMSERSO
Avda. de la Ilustración,, s/n con vuelta a Ginzo de Limia, 58
28029 MADRID

NIPO: 216-05-047-6

ISBN: 84-8446-085-1

DEPÓSITO LEGAL: M. 24.036-2005

IMPRIME: ARTEGRAF

AUTORES

- **Barbero Gutiérrez, Javier.** Psicólogo Clínico. Máster en Bioética. Coordinador Sociosanitario del Área 7 de Atención Primaria de Madrid. IMSALUD.
- **Barrio Cantalejo, Inés María.** Enfermera. Máster en Bioética. Investigadora de la Fundación Hospital Virgen de las Nieves de Granada.
- **Gutiérrez González, Begoña.** Trabajadora Social. Unidad de Geriatria. Hospital Ramón y Cajal de Madrid. IMSALUD.
- **Izal Fernández de Trocóniz, Maria.** Doctora en Psicología. Profesora Titular. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- **Martínez Maroto, Antonio.** Jurista. Gerontólogo. Jefe del área del Plan Gerontológico Estatal de IMSERSO.
- **Moya Bernal, Antonio.** Médico de Familia. Máster en Bioética. Centro de Salud Tres Cantos. Área 5 de Madrid. IMSALUD.
- **Pérez Rojo, Gema.** Licenciada en Psicología. Investigadora. Portal Mayores IMSERSO/CSIC. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- **Sánchez del Corral Usaola, Francisco.** Médico especialista en Geriatria y Gerontología. Médico de Familia. Máster en Gerontología Social. Equipo de Soporte de Ayuda a Domicilio del Área 5 de Madrid. IMSALUD.
- **Yuste Marco, Antoni.** Médico especialista en Geriatria y Gerontología. Director Médico del Hospital Sant Antoni Abad de Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

PRESENTACIÓN

El reconocimiento de la existencia de malos tratos hacia las personas mayores es muy reciente en los ámbitos profesionales. Sólo en los últimos años empieza a surgir con fuerza cierta conciencia social sobre este dramático asunto. Prueba de ello es que las Naciones Unidas abordan por primera vez la violencia contra las personas mayores en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid 2002) en la que se presenta un informe al respecto. Paralelamente, la Red Internacional para la prevención del maltrato en el anciano (INPEA), con el apoyo de la OMS, hace público el Informe "Voces ausentes" que se ha convertido en un referente para la puesta en marcha de procesos de investigación-acción en muchos países del mundo. Dicho documento realiza una serie de recomendaciones para configurar una estrategia global que de respuesta al problema de los malos tratos hacia las personas mayores, entre ellas ,

- Crear y difundir un método de investigación para estudiar la violencia contra los ancianos.
- Diseñar y validar un instrumento de detección y evaluación para los profesionales sociales y sanitarios que trabajan en el ámbito comunitario.
- Elaborar material didáctico dirigido a profesionales para un correcto abordaje del problema.
- Movilizar a la sociedad civil mediante campañas de sensibilización que generen cambios de actitud hacia las personas mayores y sobre todo hacia los malos tratos.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología han asumido estas recomendaciones y desde el año 2002 tienen abierta una línea estable de colaboración que hasta el momento ha producido importantes frutos, siguiendo la secuencia señalada por la OMS. En primer lugar, se realizaron dos investigaciones cualitativas para conocer las percepciones y representaciones sociales que tanto las personas mayores como los profesionales implicados, tenían sobre los malos tratos. Sus resultados han sido publicados recientemente por el IMSERSO bajo el título "**Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales**". Al mismo tiempo, se han comenzado trabajos para la validación de un instrumento de detección de riesgo de maltrato, bajo la coordinación de la OMS y con la participación de 11 países. España ocupa un lugar destacado en este proceso, tanto por su implicación desde sus comienzos, como por el papel facilitador que podemos desempeñar hacia los países de habla hispana. En breve podremos hacer públicos los resultados de este trabajo.

Sin embargo, no podíamos esperar a tener disponible todo el conjunto de herramientas para prevenir y combatir los malos tratos

hacia un grupo de ciudadanos que, por diversas razones, con frecuencia vive y padece situaciones de fragilidad y cuya voz no siempre se puede oír con suficiente fuerza.

Necesitamos que los profesionales sociales y sanitarios puedan disponer de información, de orientaciones y pautas de intervención para poder prevenir y actuar ante estas situaciones. El resultado lo tiene usted entre sus manos.

Les ofrecemos esta Guía de actuación con el convencimiento de que a partir de ahora, los profesionales de los servicios sociales y sanitarios van a disponer de una herramienta útil para la prevención y la detección de los malos tratos. Y también, si estos se producen, para la intervención consciente e informada tanto con las víctimas de estas situaciones, como con los responsables de ellas, sean profesionales o familiares.

Ha sido un proceso difícil, como lo es cualquier acercamiento interdisciplinar a un tema gerontológico. El equipo de socios de la SEGG que ha trabajado en este proyecto, lo ha hecho desde la responsabilidad y la conciencia del deber de una Sociedad Científica como ésta por defender los derechos y la dignidad de las personas mayores. Pero también desde la obligación de dotar a los profesionales de la gerontología y de la geriatría de herramientas eficaces para el mejor desempeño de sus complejas tareas cotidianas. A todos los profesionales que han colaborado en este proyecto, gracias, especialmente por su implicación personal y afectiva en un asunto de tanta trascendencia para la dignidad de las personas. El IMSERSO ha dado un paso más en su vocación de servicio público y su larga trayectoria en la socialización del conocimiento y en la protección de los derechos de las personas mayores.

Es este un momento de especial relevancia en el que se prepara una iniciativa legislativa de promoción de la autonomía personal y protección a la dependencia que puede suponer un salto cualitativo histórico en la mejora de bienestar de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad. Los malos tratos están asociados de manera inequívoca a las situaciones de dependencia. Esta guía debe ayudarnos a prevenirlos y erradicarlos. Necesitamos actuar directamente sobre las actitudes de nuestros ciudadanos y la consideración que la vejez les merece. Es un camino difícil que acabamos de abrir. Sus resultados dependen de todos.

Dirección General del IMSERSO
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Madrid, Mayo 2005.

ÍNDICE

Introducción.....	11
Notas y reflexiones antes de la lectura	15
CAPITULO 1: DEFINICIÓN Y MARCO CONCEPTUAL	
1. Definición y tipos de malos tratos a personas mayores.....	23
2. ¿Qué consideran las personas mayores que son los malos tratos?.....	26
3. ¿Qué opinan los profesionales?.....	28
4. Análisis de variables intervinientes	29
4.1 Modalidad.	
4.2 Relación.	
4.3 Intencionalidad de la acción – omisión.	
4.4 Resultado.	
4.5 Calificación moral.	
4.6 Moduladores.	
4.7 Abordaje predominante.	
CAPÍTULO 2. GENERANDO ACTITUDES POSITIVAS	
1. La intervención como proceso	35
2. La prevención primordial.....	35
2.1 Información.	
2.1.1 Educación a través de los medios de comunicación.	
2.1.2 Educación a través de programas específicos en la escuela	
2.2 Formación de los profesionales.	
2.3 Desarrollo de estructuras coordinadas de apoyo a los mayores desde la Administración.	
2.3.1 En el ámbito jurídico.	
2.3.2 En el ámbito asistencial.	
2.3.3 En el ámbito social.	
CAPÍTULO 3. ¿CÓMO PREVENIR LOS MALOS TRATOS?	
1. Teorías causales de los malos tratos.....	45
2. Situaciones / Factores de riesgo.....	47
3. Perfil de la víctima y del responsable de los malos tratos.....	47
4. La valoración desde la tarea asistencial cotidiana	50
4.1 Valorando a la potencial víctima.	
4.1.1 Valoración física.	
4.1.2 Valoración psicológica.	
4.1.3 Valoración de signos financieros.	
4.2 Valorando al potencial responsable de los malos tratos.	

5.	La actuación preventiva desde la tarea asistencial cotidiana..	55
5.1	Recomendaciones en la atención de los mayores.	
5.2	Recomendaciones para la posible víctima.	
5.3	Recomendaciones dirigidas al cuidador / familia.	
5.4	Recomendaciones para la prevención en las Instituciones.	
6.	Programas de intervención psicológica para el cuidador.....	61
6.1	Grupos de apoyo.	
6.2	Programas psicoeducativos.	
6.3	Instrucción en técnicas de manejo de comportamientos problemáticos.	
6.4	Programas de intervención clínica con cuidadores en riesgo de infligir MTPM.	
7.	Los servicios sociales en la prevención.....	65
7.1	Voluntariado y cooperación social.	
7.2	Hogares y clubes para personas mayores.	
7.3	Servicios de atención a domicilio.	
7.3.1	Servicio de Ayuda a Domicilio.	
7.3.2	Teleasistencia domiciliaria.	
7.4	Centros de Día para personas dependientes.	
7.5	Programas de estancias temporales en Residencias.	
7.6	Servicios alternativos de alojamiento.	
7.7	Servicios sociales de institucionalización.	
7.8	Otros servicios	
8.	Medidas legales para la prevención.....	78
8.1	La incapacidad, la tutela y la curatela.	
8.2	El Guardador de Hecho.	
8.3	Sucesiones y Herencias.	
8.4	Autotutela y Patrimonio protegido.	
8.5	Otras futuras medidas.	

CAPÍTULO 4. ¿CÓMO DETECTAR LOS MALOS TRATOS?

1.	Barreras para la detección	89
1.1	Barreras por parte de la persona mayor víctima de malos tratos.	
1.2	Barreras por parte del responsable de los malos tratos.	
1.3	Barreras por parte de los profesionales.	
1.4	Barreras sociales o culturales.	
2.	Indicadores de MTPM.....	94
2.1	¿Qué observar?	
2.1.1	En la persona mayor posible víctima.	
2.1.2	En el cuidador posible responsable de los malos tratos.	
2.1.3	En la interacción entre persona mayor y cuidador.	
2.2	Indicadores generales de sospecha de MTPM	
2.2.1	En la anamnesis.	
2.2.2	En la exploración física.	

2.2.3 En el domicilio.	
2.2.4 En las instituciones.	
2.3 Indicadores de MTPM según tipología	
2.3.1 Malos tratos físicos	
2.3.2 Malos tratos de tipo sexual.	
2.3.3 Malos tratos psicológicos / emocionales.	
2.3.4 Malos tratos económicos / financieros.	
2.3.5 Abandono /Negligencia.	
3. Instrumentos de detección.....	102
4. Sugerencias para romper las barreras de comunicación con la potencial víctima de MTPM.....	103
4.1 Principios claves para la interacción.	
4.2 Estrategias formales para la entrevista.	
4.3 Contenidos básicos que pueden expresarse en la entrevista.	

CAPÍTULO 5. ¿QUÉ HACER CUANDO SE SOSPECHAN MALOS TRATOS?

1. Cómo y qué evaluar antes de actuar	113
2. Cuestiones éticas en los MTPM.....	117
2.1 Reflexionar antes de actuar.	
2.2 Partiendo de actitudes éticas.	
2.2.1 Principio de No maleficencia.	
2.2.2 Principio de Justicia.	
2.2.3 Principio de Autonomía.	
2.2.4 Principio de Beneficencia.	
2.3 Tomando decisiones.	
3. Confirmando los malos tratos: Sugerencias para la entrevista...	131
3.1 Para facilitar la comunicación.	
3.1.1 Hablando con la posible víctima de malos tratos	
3.1.2 Hablando con el posible responsable de los malos tratos.	
3.2 Para preguntar.	
3.2.1 ¿Qué preguntar a la posible víctima de malos tratos?	
3.2.2 ¿Qué preguntar al posible responsable de los malos tratos?	

CAPÍTULO 6. ¿QUÉ HACER CUANDO SE DIAGNOSTICAN LOS MALOS TRATOS?

1. Principios generales de actuación	141
2. Estrategias de comunicación para facilitar la toma de decisiones.....	145
2.1 Respetar a la víctima y ganar su confianza.	
2.2 Asegurar la confidencialidad.	
2.3 Respetar las decisiones de la persona mayor.	



2.4 Confrontar la resistencia a la intervención.	
2.5 Promover la expresión de los sentimientos de la víctima.	
3. Asesoramiento.....	150
3.1 Asesoramiento con la víctima.	
3.2 Asesoramiento con el cuidador y la familia.	
3.3 Tipos de interacción profesional en el asesoramiento.	
4. Recursos sociales para la actuación	154
4.1 Si la actuación tiene que ser urgente.	
4.1.1 Servicios Sociales del Municipio o de la Comunidad Autónoma.	
4.1.2 Servicios de información telefónica y coordinación de urgencias.	
4.1.3 Recursos de las Direcciones Generales de la Mujer.	
4.2 Si la situación no requiere soluciones urgentes.	
4.2.1 Servicios Sociales del Municipio o de la Comunidad Autónoma.	
4.2.2 Agencias para la tutela de adultos.	
4.2.3 Red de Asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua.	
4.2.4 Recursos de las Direcciones Generales de la Mujer..	
5. Aspectos legales de la actuación	159
5.1 Observaciones previas.	
5.2 ¿Cómo saber si los hechos están tipificados como punibles?	
5.3 ¿Qué hacer ante la presunción razonable de MTPM?	
5.4 Recomendaciones para la denuncia.	
6. Algoritmos de intervención	170

ANEXOS

1. Instrumentos de detección	175
2. Teléfonos de los Servicios Sociales.....	177
3. Teléfonos de ONG de ámbito estatal que trabajan con personas mayores	179
4. Teléfonos de Oficinas de Asistencia a Víctimas de malos tratos.....	180
5. Normativa legal relacionada con los MTPM.....	182
6. Modelo de solicitud de incapacitación	199
7. Modelo de solicitud de internamiento no voluntario	200

BIBLIOGRAFIA

1. Bibliografía consultada.....	203
2. Páginas web recomendadas	206
3. Publicaciones de interés sobre personas mayores.....	207
4. Guías para cuidadores.....	209

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no se define únicamente por el paso inexorable de los años. En él concurren distintas variables sociales y culturales que pueden condicionar la aparición de Malos Tratos a las Personas Mayores (MTPM).

De hecho, hoy nadie parece negar que **la vejez** es la antítesis de los ideales modernos. Vivimos una etapa de gran diferenciación intergeneracional que origina discriminaciones sociales y culturales de las personas mayores. Éstas constituyen el sector de población con mayor índice de crecimiento, lo que afecta significativamente a la producción, al consumo, a las prestaciones sociales y sanitarias y al gasto público, generándose nuevas áreas de conflicto. Hoy, desafortunadamente, el envejecimiento se percibe más como **una carga** que como una conquista social.

La cifra de 7.300.000 personas mayores de 65 años ha superado todas las proyecciones, siendo los mayores de 80 años –mas de 1.700.000 personas– el grupo que más preocupa por su potencial fragilidad y el gasto consiguiente que puede generar. Sin embargo, este crecimiento de la población mayor de 65 años no debería ser interpretado en clave de drama social. Sin duda, la posibilidad de vivir muchos años es una de las conquistas sociales más importantes del siglo que acabamos de cerrar y el gran reto para las próximas décadas será conseguir que estos años se puedan vivir en las mejores condiciones, libres de discapacidad.

Existen también **estereotipos** de la vejez, alimentados por representaciones sociales, que la asocian a enfermedad, decadencia, deterioro, pasividad y falta de horizonte vital, con la consiguiente distorsión del modo en que percibimos a las personas mayores y de la forma en que se perciben a sí mismas, lo que puede conducir a su victimización social y a aumentar su vulnerabilidad frente a los MTPM.

Los MTPM se acaban expresando en conductas muy concretas, pero hunden sus raíces en **variables estructurales**. Se estima, por ejemplo, que en España el 33% de las personas mayores son pobres y el 43% se encuentra en el umbral de la pobreza y es sabido, que son las mujeres, con frecuencia viudas y con un bajo nivel cultural, las que mayoritariamente subsisten con pensiones de viudedad o asistenciales, en condiciones de precariedad. Éstos y otros datos relacio-



12 ●

nados deben hacernos reflexionar, ya que, aunque los MTPM se dan en todas las clases sociales, los escenarios de exclusión se convierten en un caldo de cultivo determinante.

Sin embargo, quizás sea la incidencia de la **dependencia** entre las personas mayores el aspecto más preocupante relacionado con el universo de los malos tratos. Más de un millón de personas mayores padecen situaciones de dependencia grave o muy grave. Los recursos sociales y sanitarios previstos para dar respuesta a estas situaciones son claramente insuficientes. Se estima que solo un 7% de las personas en situación de dependencia reciben recursos sociales profesionales y los índices de cobertura en nuestro país de plazas residenciales (3,78) o del Servicio de Ayuda a Domicilio (3,14) son sensiblemente inferiores a los de países como Francia (6,7 y 12,5) u Holanda (9 y 20). Por otra parte, el sistema sanitario, de tradición curativa, no ha desarrollado dispositivos de atención suficientes para hacer frente a las situaciones de cronicidad que tanto peso tienen, actualmente, en el sistema.

Los MTPM se pueden producir en distintos escenarios. Uno de ellos –pero no el único– es el **contexto familiar**. Hoy la familia sigue siendo el principal soporte social de las personas mayores y especialmente de las que presentan dependencia, entre otras razones, por el sentimiento generalizado de que la asunción de los cuidados forma parte de las obligaciones familiares y por la creencia de que los cuidados que ofrecen las familias son los mejores. Este “ejército de protección social invisible” constituido sobre todo por mujeres (83% de los cuidadores no profesionales) que presentan un perfil con un nivel socioeducativo y económico bajos, que además son responsables de otras cargas familiares y que dedican una media de ocho a diez años al cuidado, en definitiva, personas sometidas a situaciones



de estrés en las que pueden aparecer conductas no deseadas, viene a compensar la flagrante escasez de recursos profesionales.

13

La estructura y la dinámica familiares actuales no son como las de hace tres décadas. Han cambiado los modelos tradicionales de familia y, como consecuencia, nos enfrentamos a la desestabilización en la continuidad de los cuidados, mal llamados, informales. Las políticas sociales, orientadas al cuidado comunitario, refuerzan la idea de que la familia es el lugar idóneo de atención, aunque este discurso no venga acompañado de recursos reales de soporte a esas familias. El resultado, en muchos casos, se traduce en una sobrecarga de los cuidadores que está reconocida como un importante factor de riesgo para la aparición de MTPM.

Pero los MTPM también se producen **en las instituciones** de ámbito social y sanitario. A veces ocasionados o favorecidos por la organización, la rutina asistencial o las normas de la propia institución, pueden ser causados por **profesionales**, tanto en espacios de atención ambulatoria o domiciliaria, como de institucionalización. Negar este hecho no sólo no facilita, sino que dificulta, su prevención. Ni la especialización ni la teórica sensibilidad ante esta población de las instituciones y profesionales dedicados al cuidado de las personas mayores, son garantía de una protección automática frente los MTPM.

Tenemos pocos datos sobre MTPM y, por tanto, no disponemos de un cuerpo de conocimientos suficientemente sólido y contrastado que sirva de base para una comprensión suficiente de esta realidad. No obstante, sí existe un cierto consenso en admitir que los MTPM son un fenómeno iceberg (entre 5 y 7 de cada 8 casos probablemente no se detectan), que muchos casos son ocultados por las propias víctimas, que son seguramente la forma más frecuente de violencia



14



doméstica, que están muy relacionados con la sobrecarga de los cuidadores y las diferentes formas de dependencia, que se producen fundamentalmente en su forma de negligencia o abandono y que, desafortunadamente, es frecuente que la misma persona mayor sufra más de un tipo de malos tratos.

Los datos más aceptados en la bibliografía internacional establecen la prevalencia global de MTPM en el ámbito familiar entre el 3% y el 12% de los mayores de 60 años, correspondiendo los porcentajes más altos a las personas más ancianas y con mayores grados de dependencia. En nuestro país, se han publicado cifras que oscilan entre el 4,7% y el 12%, pudiendo establecerse una media de prevalencia en torno al 6%, recogiendo más de una forma o tipo de malos tratos en el 26-50% de los casos. Los hijos aparecen como los principales responsables de los malos tratos en este contexto (50-60% de los casos).

En cuanto a los MTPM en el ámbito institucional y sanitario, los estudios disponibles son escasos, se han realizado en otros países y generalmente se basan en el análisis de casos, pero no aportan datos de prevalencia. No obstante, y aunque no existan cifras que se puedan citar de forma fiable, existe consenso entre los expertos en afirmar que la responsabilidad de los profesionales de todas las disciplinas en los mismos, dista mucho de ser despreciable.

La existencia de un solo caso de MTPM debería obligar a la sociedad y a los profesionales a actuar. La sensibilización de unos y otros ante este problema y la promoción de la formación e implicación de los profesionales en la prevención, detección precoz y tratamiento de "este síndrome", son el objetivo y la razón de ser de esta guía.

NOTAS Y REFLEXIONES ANTES DE LA LECTURA

Dada la complejidad que encierra la cuestión de los malos tratos a personas mayores (MTPM), consideramos necesario explicar algunos posicionamientos asumidos por los coordinadores de esta guía para facilitar su comprensión y utilización.

1º **Asumimos** la denominación de **Malos Tratos –en plural–** para toda la realidad objeto de esta guía, independientemente de que puedan diferenciarse en ellos diferentes tipos y categorías. El término **maltrato** –en singular– implica **acción** y posiblemente sólo debería aplicarse en determinados casos de malos tratos.

2º No utilizaremos el término **“abuso”** a pesar de estar ampliamente recogido en la literatura sobre el tema. Los matices que hay detrás del término inglés **“abuse”** son distintos a los que tiene la palabra castellana **“abuso”**, aunque se traduce –incorrectamente, a nuestro juicio– literalmente. **Abuso**, en castellano, alude necesariamente a la **intencionalidad** y en la mayoría de los casos de MTPM no la encontraremos. Consideramos que su utilización confunde más que aclara.

3º Partimos de la presunción de que toda persona mayor, mientras no se demuestre lo contrario, es **competente para tomar decisiones** sobre su proyecto vital, alguien capaz de dirigir su vida, por lo que no utilizaremos el término **autoabandono**.

Obviamente, las decisiones de la persona mayor no serán suficientemente autónomas si no están adecuadamente informadas o no son voluntarias al haber sido aquella manipulada o coaccionada. Si bien la presencia de malos tratos puede generar miedos que limiten la libertad de elección, la capacidad y la voluntad de tomar decisiones no tienen porqué quedar anuladas necesariamente.

4º Puede darse el caso de que nuestra valoración profesional, a partir de ciertos indicadores, nos lleve a la conclusión de que **objetivamente** existen malos tratos y que sin embargo, la persona mayor considere desde su **percepción subjetiva** que no existen. Serán los casos que exijan la mayor prudencia y delicadeza de los profesionales.

5º No parece fácil llegar a un acuerdo sobre el **término para describir al autor** de los malos tratos.





16



- Se han utilizado términos como victimizador o perpetrador. El primero no figura en el diccionario de la RAE (victimar significa matar) y el segundo se refiere a quien comete un delito o culpa grave. El término **agresor** (“se dice de la persona que viola o quebranta el derecho de otra”) parece ajustarse más, pues el autor de los malos tratos viola o quebranta el derecho de otra persona. Sin embargo, al igual que **maltratador**, tiene una connotación más de acción que de omisión.
- Unos y otros términos resultan difíciles de utilizar en su sentido estricto en muchos casos, como por ejemplo, cuando estamos ante familias que están claudicando en los cuidados. *Por ejemplo:*
 - *El abandono significativo en la higiene de una persona mayor con demencia, producido por la claudicación de su hija –cuidadora principal- tras seis años de cuidados, supone realmente “malos tratos”. Sin embargo, difícilmente se le puede acusar a esta hija de “maltratadora” o “agresora”. O dicho de otro modo, aunque parezca paradójico: no todos los malos tratos tienen necesariamente detrás un “maltratador”.*
- Creemos que la expresión **“responsable de los malos tratos”** resulta más adecuada y es la que fundamentalmente se utiliza en esta guía.

6º Los malos tratos que recibe una persona mayor acaban siendo, en último término, producto de una conducta (o ausencia de conducta) individual. Sin embargo, en la base de muchos de esos MTPM se encuentran **decisiones institucionales** que transgreden el principio de justicia desde determinados criterios de financiación y asignación de recursos. De ahí que tenga también sentido hablar de **malos tratos institucionales** y no sólo porque puedan producirse en determinadas instituciones. *Por ejemplo:*



- *La reducción en la asignación del número de apósitos de incontinencia por planta hospitalaria.*
- *La denegación de una solicitud de ayuda domiciliaria a una persona mayor dependiente, desde algunos Ayuntamientos, al haberse agotado el presupuesto antes de finalizar el año.*

17 ●

7º Tan peligroso parece infravalorar los MTPM como sobredimensionarlos. En este sentido, conviene afirmar que **no todo malestar producido a la persona mayor por los cuidadores, profesionales o familiares, debe ser identificado como malos tratos**. La valoración de malos tratos, como luego veremos, tendrá que considerar tanto la **responsabilidad moral**, como la **gravedad, intensidad y frecuencia** de las consecuencias producidas. *Por ejemplo:*

- *Que un hijo niegue el saludo a su padre una tarde al volver a casa, de manera excepcional, por puro cansancio, realmente “no-está-bien”, pero difícilmente se puede calificar la omisión del hijo de maleficiente o de malos tratos psicológicos por abandono o negligencia.*

8º La **negación de la existencia de MTPM**, como mecanismo de defensa, resulta muy **contraproducente**, fundamentalmente en el ámbito profesional y de las instituciones.

Los profesionales somos conscientes de que ni la asunción formal de un código deontológico, ni el hecho de que las instituciones se denominen centros sociales, sanitarios o sociosanitarios, sean privados o públicos, inmunizan contra los malos tratos.

Las instituciones que mejor manejan estos temas son aquellas que, precisamente por no negar la posibilidad de que se estén produciendo en su propio ámbito, tienen un **protocolo de prevención, detección e intervención frente a ellos**.



18



9º La palabra clave sigue siendo **prevención**. No olvidamos que la mejor manera de prevenir será dotar de **recursos suficientes** y adecuados a las personas mayores, familias, instituciones y profesionales, que limiten el agotamiento, la precariedad y la falta de sensibilidad, así como actuar permanentemente generando **actitudes positivas** de la sociedad hacia la vejez. Sin embargo, consideramos que no podemos quedarnos en estrategias de prevención general y que hay que avanzar en caminos de **prevención específica**, como los que se sugieren en esta guía.

10º Diversos estudios apuntan a que un alto porcentaje de MTPM pasa desapercibido para los profesionales. Detectar los malos tratos precisa un **elevado índice de sospecha**, ya que sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa. Mantener esta alerta implica la necesidad de formación en la valoración de situaciones de riesgo, indicadores, etc, pero **la sospecha por sí misma no define los malos tratos**. Conviene no dar a los indicios categoría de pruebas.

11º En esta misma línea, la sospecha fundada de MTPM no debe llevar a realizar juicios morales categóricos, ni a **poner en tela de juicio, a priori, la intencionalidad o capacidad de los cuidadores**, ya sean familiares o profesionales. De hecho, la mayor parte de los malos tratos se producen por conductas en las que no se tiene intención de dañar o se producen por déficits en la asignación de recursos.

12º Esta guía pretende explícitamente **evitar** dos posiciones extremas:

- **La culpabilización de las familias**. Las familias pueden no contar con la formación, información y habilidades suficientes para cuidar a la persona mayor, pueden estar agotadas física y/o emocionalmente, pueden haberse habituado –como mecanismo psicológico de autodefensa- a la precariedad en los medios y en los cui-



dados, o pueden no contar con capacidades reales para cuidar, por falta de tiempo, de recursos económicos, de energías en función de la edad, etc. Como ya hemos insinuado, la mayor parte de los malos tratos se producen de forma no intencionada y pueden **requerir de los profesionales mucho más apoyo que juicio moral.**

- **La judicialización de la vida**, de los sistemas asistenciales o de la relación clínica. Consideramos que la intervención por vía judicial, ha de ser excepcional, justificada y siempre como último recurso. Entre los fines de esta guía se encuentran prevenir los malos tratos y proponer recursos y alternativas que eviten, en la medida de lo posible, tener que acudir a la vía judicial.

13º Si bien, por su importancia estratégica en la prevención y detección de los MTPM en el ámbito doméstico, algunos apartados van dirigidos específicamente a los profesionales de atención primaria, entendemos que las reflexiones y las propuestas que se hacen en esta guía pueden ser igualmente válidas para todas aquellas personas que trabajan en la atención a las personas mayores, adaptándolas al contexto en el que se encuentre cada profesional.

Con este mismo fin se ha evitado, en lo posible, la diferenciación entre escalones sanitarios, entre servicios sociales generales o especializados o el debate sobre la tipificación de espacios como sociales, sanitarios o sociosanitarios, etc.

14º En el diagnóstico e intervención frente a los MTPM intervienen profesionales de distintas disciplinas y de distintas instituciones o servicios. Con frecuencia, fruto de un celo profesional mal entendido y de la descoordinación, las personas mayores son sometidas a las mismas preguntas y a las mismas evaluaciones e intervenciones por diferentes profesionales de distintos ámbitos, pudiendo ocasionar molestias añadidas e innecesarias. Parece indispensable trabajar



20
●

desde criterios de confianza interprofesional e interinstitucional para no acabar provocando aquello que, precisamente, se intenta evitar.

15º La recomendación (y el deseo) de los autores es que la guía se lea de principio a fin, pero también hemos intentado, no sólo evitar que el libro pase luego a ocupar un rincón olvidado en cualquier estantería, sino que pueda servir de consulta en momentos determinados de la práctica cotidiana. Para ello se ha dividido en cuatro bloques: conceptos, prevención, diagnóstico e intervención, finalizando con una serie de anexos de información práctica.

CONCEPTO

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN Y MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICIÓN Y TIPOS DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

23

El intento de encontrar una definición de malos tratos a personas mayores (MTPM) que pueda ser aceptada por todos y que contenga todos los elementos que pueden conformarla, se enfrenta a una realidad extremadamente compleja, difícil de resumir en dos líneas. Así nos encontramos con que:

- Son **muchos los términos** utilizados para definir una identidad que, a la par, aúna conceptos distintos: maltrato, malos tratos, abuso, negligencia, abandono, etc.
- Cada término puede tener **significados muy diversos**, según sean el autor o el contexto desde el que se nombran.
- Cada uno de ellos puede ser **adjetivado por tipologías**: físico, psicológico, económico, sexual, etc.
- Los **actores son múltiples**. Además de los protagonistas principales, que son las personas mayores, pueden estar implicados los familiares, profesionales, las instituciones y la propia sociedad en su conjunto.
- Los **escenarios** donde se producen son **muy variados**: el domicilio de la persona mayor, el hogar de los hijos, la sala de urgencias del hospital, la consulta de atención primaria, la residencia para personas mayores, etc, lugares todos ellos en donde existe para la persona mayor una **expectativa de confianza**.
- En las definiciones inciden **variables** complejas y muchas veces dicotómicas (**acción-omisión, intencionalidad-no intencionalidad**, etc) que influyen de forma importante en el abordaje del caso (familiar, profesional, social, legal, etc) y en la toma de decisiones.
- Existen distintas percepciones sociales, culturales y étnicas sobre qué deben considerarse malos tratos.



24



Esta complejidad puede acrecentar la realidad, pero también crea confusión a la hora de identificarla, comparar datos, hacer un diagnóstico diferencial, valorar las distintas responsabilidades frente a la misma o proponer respuestas y soluciones.

No es objetivo ni pretensión de esta guía aportar *"la definición"* de los malos tratos a personas mayores, pero sí se precisa partir de una definición de referencia, avalada por un cierto consenso, como la definición que propone la Organización Mundial de la Salud en la conocida como *"Declaración de Toronto"* para la prevención global del maltrato de las personas mayores.

"El maltrato a personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza".

Podríamos decir que hay tres ejes que conforman la identidad de los MTPM:

- Un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera **expectativa de confianza**.
- El **resultado de daño o riesgo significativo de daño**. (Condición necesaria pero no suficiente).
- La **intencionalidad** o **no intencionalidad**. (La intencionalidad sería una condición suficiente, pero no necesaria).

Al igual que en otros síndromes geriátricos, la causa suele ser multifactorial y las consecuencias severas, incluyendo la aparición de otros síndromes –caídas, depresión, úlceras por presión, etc.– o incluso la muerte.

En el cuadro 1 se recogen las definiciones de los diferentes tipos de malos tratos.

TIPOS DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

Físicos: Daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia no accidental. *Ejemplos: Golpes, quemaduras, tirar del pelo, alimentación forzada, utilización injustificada de restricciones físicas, uso inapropiado de fármacos, etc.*

Psicológicos: Causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales. *Ejemplos: Amenazas (de daño físico, de institucionalización, etc), insultos, burla, intimidación, humillaciones, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, etc.*

Sexuales: Comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento. *Ejemplos: Acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías, etc.*

Financieros: Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor. *Ejemplos: Tomar sin permiso dinero, joyas, etc, falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio, etc.*

Negligencia y abandono: Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado. *Ejemplos: No aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, administración de medicamentos, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, dejarla sola largos periodos de tiempo, no procurarle afecto, etc.*

Nota: En nuestro medio, al menos de forma coloquial, la tendencia es a hablar de negligencia cuando el fallo se produce en los cuidados que debería proporcionar un profesional y de abandono cuando es el cuidador familiar el que no cumple con la responsabilidad de cuidado.

Obstinación diagnóstica: Realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo.

Obstinación terapéutica: Utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.



2. ¿QUÉ CONSIDERAN LAS PERSONAS MAYORES QUE SON LOS MALOS TRATOS?

En el año 2001, la OMS e INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor) publicaron un interesante estudio cualitativo (*"Voces Ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor"*), que pretendía recoger las creencias y valores de las personas mayores en relación a los MTPM, en ocho países. Un año después, en el marco de un Convenio de Colaboración entre la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), se llevó a cabo un estudio similar, entre cuyos objetivos se incluía profundizar en el conocimiento de los diversos aspectos relacionados con los MTPM en nuestro país.

- En ambos trabajos las personas mayores dieron una gran importancia a los **factores estructurales y sociales**, tanto en la génesis de las diversas situaciones de MTPM, como en las respuestas necesarias para su prevención. Entre las **áreas de vulnerabilidad** para sufrir malos tratos, que refirieron los mayores españoles, se encuentran las bajas pensiones (sobre todo en el caso de las viudas), la escasez de políticas y recursos sociales para poder permanecer en el propio entorno y el "déficit de dispositivos sanitarios específicos para la atención sanitaria a las personas mayores".
- En la **génesis de la situaciones de maltrato**, en nuestro entorno, incluyen dos cuestiones principales: La estigmatización de la imagen de las personas mayores como sujetos pasivos e improductivos y un contexto social adverso, que dificulta la atención de las personas mayores dependientes por parte de los familiares.
- En los dos estudios se emplea el término **abuso** y dentro del mismo se consideran dos grandes formas:



- El “*maltrato*” propiamente dicho, que correspondería a una *grave vulneración de derechos* (maltrato físico, sexual, situaciones extremas de abandono...) y que sería muy poco frecuente.
 - Otras “*formas menores*” (“mal trato” en el estudio español, “trato desagradable” en el de la OMS) que serían más frecuentes pero que casi siempre pasan desapercibidas para el entorno, por ser más sutiles e insidiosas. La diferencia también está en la gravedad de las consecuencias. En ambos documentos se consideran estas “formas menores” como inaceptables.
- El estudio español, en concreto, clasifica de la siguiente manera las *formas de maltrato*:

En la esfera íntima:

- *Explotación de la capacidad de trabajo* en el hogar.
- *Destitución familiar*: “tratamiento de silencio” o franca hostilidad, como expresión de la molestia que causan las personas mayores.
- *Desarraigo*: rotación por los domicilios de los hijos o institucionalización forzosa.
- *Explotación económica* de sus necesidades afectivas para apropiarse de sus bienes.
- *Abandono*: los familiares se desentienden de las condiciones de vida del anciano.
- *Falta de capacitación de los cuidadores informales*, sobre todo con personas mayores que sufren demencias.

En el ámbito público:

- Falta de dispositivos sanitarios para la atención geriátrica especializada.
- Profesionales médicos que achacan a la edad cualquier padecimiento.



- Residencias con normas rígidas que producen despersonalización.

3. ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

En la misma línea de colaboración entre el IMSERSO y la SEGG se ha realizado recientemente en nuestro país, un estudio cualitativo en el que participaron profesionales que atienden a personas mayores, tanto en el ámbito comunitario o institucional, como en el sanitario o sociosanitario.

- Los profesionales entienden como **negligencia, la omisión de funciones** establecidas mediante un protocolo, de forma intencionada o no, y que suele tener consecuencias negativas para la persona mayor. *Por ejemplo: no realizar una valoración integral, el uso indebido de la contención física, el uso innecesario de apósitos de incontinencia, no prestar la atención médica suficiente, etc.*
- Existirían **tres categorías de negligencia**: las conductas relacionadas con la higiene, la movilidad o los cambios posturales; el incumplimiento de tratamientos o falta de la dedicación adecuada para potenciar la salud y la autonomía personal y, por último, la negligencia en el trato o en la atención.
- En cuanto al **abuso** lo describen como **una acción intencionada**, tenga o no consecuencias negativas en la persona mayor. Existirían también **tres categorías**: la falta de consideración (infantilización en el trato, falta de respeto a la intimidad...), las ligadas a la salud (derivaciones innecesarias al hospital, negación de tratamientos por razones de edad...) y el incumplimiento deliberado y continuo del reglamento interno de una institución (por ejemplo, el incumplimiento habitual del horario laboral).



- Con respecto al **maltrato**, lo definen como una acción intencionada cuyo fin es provocar daño físico o psíquico. **Se niega su existencia en el ámbito profesional**, asociándolo casi exclusivamente al entorno familiar, excepción hecha de un trato despectivo reiterado (maltrato psicológico).

Es preciso destacar la sensación frecuente de estos profesionales de tener un menor prestigio profesional y social, y una mayor carga de trabajo y menor remuneración que los compañeros que atienden a personas más jóvenes, lo que consideran un factor importante de desmotivación.

4. ANÁLISIS DE VARIABLES INTERVINIENTES

Son muchas las variables que se cruzan en las distintas definiciones de la literatura sobre MTPM. Veamos algunas de ellas:

4.1 Modalidad

- Los MTPM pueden producirse en cualquiera de sus formas tanto por acción como por omisión.

4.2 Relación

- Los MTPM se producen por personas de las que, paradójicamente, se esperaría un trato especialmente cuidadoso, fruto de una relación significativa basada en la confianza, desde el propio rol que representan. *Por ejemplo: malos tratos producidos...:*

*... por el hijo o la nuera que conviven con la persona mayor,
... por el médico del Centro de Salud,*



30

● ... por la enfermera del turno de tarde de la Residencia,
... por el auxiliar de enfermería que le atiende en casa...

4.3 Intencionalidad de la acción-omisión

- La intencionalidad puede estar en **el resultado** (dañar, apartar a la persona mayor de todo contacto social, etc.), pero también **en la acción-omisión**. *Por ejemplo:*
 - *Un cuidador que ata a una persona mayor injustificadamente, puede no tener intención de dañar, pero sí tiene intención en la acción, sí que tiene intención de sujetar físicamente al mayor, de restringir su libertad de movimientos.*
- **La intencionalidad no admite grados**. Se tiene o no se tiene intención de hacer daño. De todos modos, el que no haya intencionalidad no significa que no haya responsabilidad. *Por ejemplo:*
 - *Un profesional sabe –o debe saber– cuáles son los criterios del “buen cuidado” y su ignorancia de los mismos no le exime de responsabilidades. Existe, en este sentido, la “ignorancia culpable”, que le puede conducir a ser negligente.*
 - *El cuidador no profesional (familiar, etc.), también tiene sus responsabilidades en proporcionar los cuidados adecuados, aunque pueda tener ciertos atenuantes al no ser profesional.*

4.4 Resultado

- Para hablar de malos tratos en cualquiera de sus formas, tiene que haber un resultado de daño o angustia o, al menos, un riesgo significativo de que esto ocurra, porque la acción o la omisión estén claramente contraindicadas.



- En el caso de que exista intencionalidad, valdría con que el resultado fuera de riesgo significativo de daño, pues **la misma intencionalidad genera riesgo** y expone al mayor a una situación potencialmente amenazante que puede ser calificada moralmente de malos tratos.

4.5 Calificación moral

- El principio ético afectado en los MTPM es, fundamentalmente, el de **no-maleficencia**.
- Desde esta perspectiva, en la línea comentada, cuando existe intencionalidad, existe claramente maleficencia, pues se realiza dolosamente una acción – omisión que está contraindicada.
- Si no hay intencionalidad, pero se realiza algo **contraindicado**, también podremos hablar de maleficencia. *Por ejemplo:*
 - *Preparar para comer un filete de carne duro, en trozos grandes, a una persona mayor dependiente con dificultades para la deglución, puede estar contraindicado cuando existen riesgos de atragantamiento y, por tanto, es maleficente, aunque se haya producido por pura negación del cuidador en cuanto a la gravedad de la acción y aunque no haya ninguna intencionalidad de hacer daño.*
 - *Mantener a una persona mayor, no competente y dependiente, demasiadas horas en la cama (donde menos molesta), puede ser maleficente por los riesgos que conlleva (úlceras por presión, inmovilismo, incontinencia, etc).*
- También puede haber conductas inadecuadas que no están indicadas, pero no por ello están necesariamente contraindicadas. En estos casos se es **no-beneficente**. *Por ejemplo:*



32

- *No facilitar a una persona mayor, físicamente dependiente, contactos sociales de forma reiterada o habitual, sería no beneficiante. Sin embargo, en el caso de restringir o impedir de forma reiterada o habitual estos contactos, estaríamos hablando de maleficencia.*

4.6 Moduladores

- La acción – omisión y el resultado deben ser valorados en función de la *gravedad, intensidad o frecuencia* de los mismos.
- La responsabilidad podrá ser valorada en función de los *conocimientos, habilidades y medios* con que debe contar y utilizar un profesional o en función de los deberes de cuidados que son exigibles en nuestra comunidad moral para con nuestros familiares mayores.

4.7 Abordaje predominante

- Cuando existe *intencionalidad* para infligir malos tratos, la respuesta tendrá que ser *predominantemente legal*, con un objetivo inicialmente protector, en segundo lugar, rehabilitador y, en tercer lugar, sancionador.

El objetivo protector debe tener en cuenta siempre la decisión autónoma de la persona mayor competente.

- En el resto de los casos, lo recomendable es que los abordajes *profesional y ético*, sobre todo de *carácter preventivo*, sean preferibles a los abordajes legales y sancionadores, que sólo pueden ser justificables de manera excepcional, después de haber agotado otras posibilidades y, siempre, como mal menor.

PREVENCIÓN

CAPÍTULO 2

GENERANDO ACTITUDES POSITIVAS

1. LA INTERVENCIÓN COMO PROCESO

35

Se pueden contemplar los malos tratos a personas mayores (MTPM) como la historia natural de una “*enfermedad*”. Partiendo de una situación ideal “*saludable*” en la que no existiera el riesgo de aparición de los mismos, se puede pasar a otra con riesgo pero sin malos tratos, y posteriormente evolucionar hacia la existencia de malos tratos ocultos o a la detección de malos tratos manifiestos, a veces reincidentes.

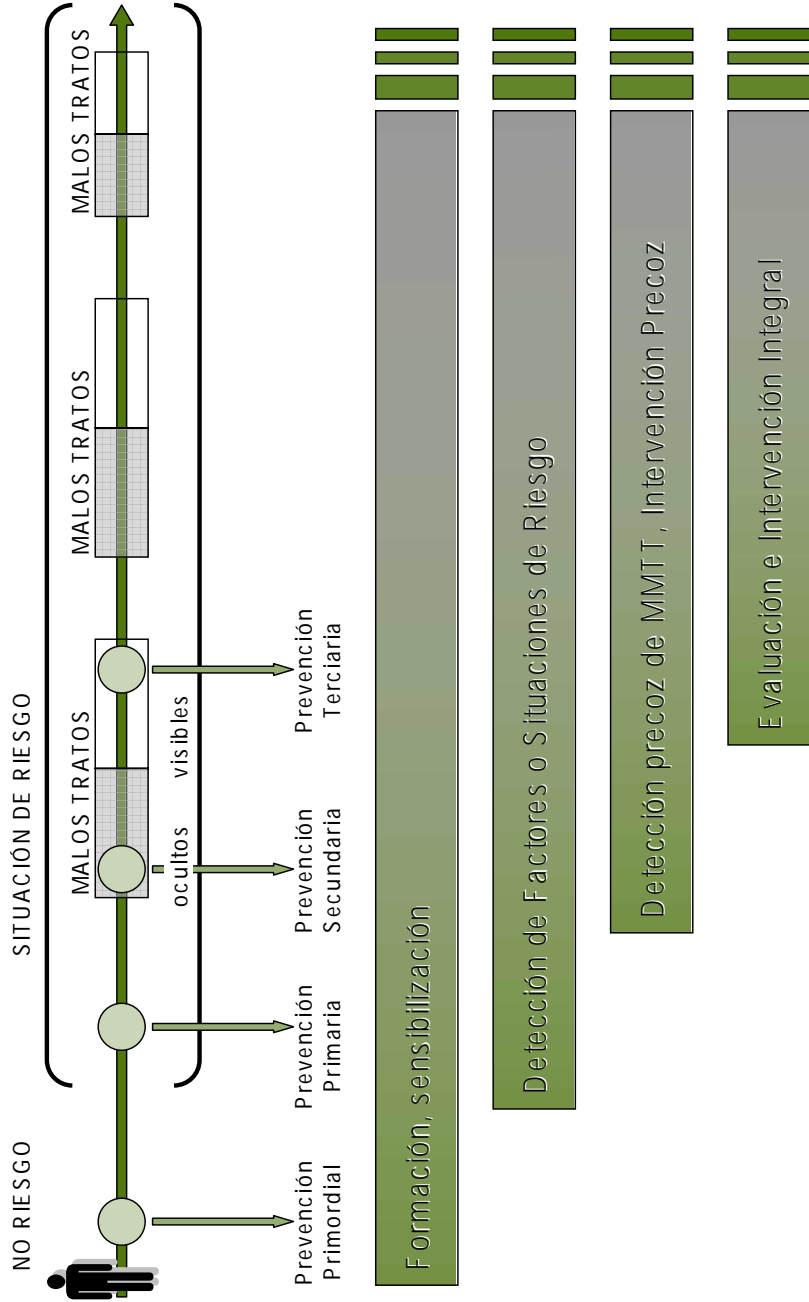
En una sociedad en la que la discriminación de las personas mayores –en muchos ámbitos– es una realidad, no podemos esperar encontrar escenarios en los que el riesgo de aparición de MTPM sea nulo o tienda a cero. Por este motivo, la prevención debe comenzar con la promoción de actitudes sociales positivas que generen un “clima social” que minimice los riesgos y sea beligerante ante los MTPM.

Esta perspectiva nos ayuda a entender la intervención como un proceso que se inicia con la prevención primordial y a sistematizar los diferentes tipos de actuación que tendremos que plantearnos, ya sea para prevenir, detectar, intervenir en una crisis o sobre situaciones claras de maltrato (Figura 1). Los objetivos de los diferentes niveles de prevención se exponen en el cuadro 2.

2. LA PREVENCIÓN PRIMORDIAL

La dimensión preventiva nos implica a todos: profesionales, familiares, las organizaciones sanitarias, de servicios sociales y docentes, a los mismos mayores y, en definitiva, a toda la estructura social. Desde esta óptica, nos parece relevante la necesidad de:

Prevenção, Evolução MMTT y Posibles Acciones



OBJETIVOS DE LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN

- **Prevención Primordial:** Evitar la aparición y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a aumentar el riesgo de malos tratos.
- **Prevención Primaria:** Evitar la aparición de casos nuevos (incidencia) de malos tratos mediante el control de las causas y de los factores de riesgo.
- **Prevención Secundaria:** Reducir la prevalencia de malos tratos mediante la detección precoz de los casos ocultos y la intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia.
- **Prevención Terciaria:** Reducir el progreso o las consecuencias de una situación de malos tratos ya establecida, minimizando las secuelas y sufrimientos causados.

37

Cuadro 2

- Consensuar en equipo la estrategia de las labores preventivas, con una dimensión multidisciplinar.
- Consensuar las actuaciones preventivas con otros profesionales e instituciones desde una perspectiva intersectorial e interinstitucional.

La prevención primordial tiene por objeto evitar la aparición y consolidación de aquellos patrones de la vida social, económica y cultural que se sabe que contribuyen a aumentar el riesgo de malos tratos.

Las **medidas** que se proponen son de las denominadas **indirectas** y pretenden incidir sobre las actitudes y asunciones morales de una sociedad y de sus diferentes colectivos. Los expertos están de acuerdo en que estas medidas tienen una eficacia mayor de la que a primera vista pueda parecer.

La puesta en marcha de estas propuestas puede estar fuera del alcance de los distintos profesionales, pero su participación en el desarrollo de las mismas resultará necesaria en muchas ocasiones.

Son tres los frentes en los que un programa de prevención primordial de los MTPM debe actuar: la información, la formación y las políticas institucionales en relación con la planificación gerontológica y la asistencia geriátrica.



2.1 Información

Es un elemento necesario, aunque no suficiente, para promover el cambio de actitudes ante la vejez. Existen dos ámbitos fundamentales desde los que la información puede ayudar a modificar y conformar de forma positiva las actitudes de la sociedad ante las personas mayores: los medios de comunicación y la escuela.

2.1.1 Educación a través de los medios de comunicación

- **Diseño de programas de radio y televisión** que ayuden a integrar la vejez con normalidad y aceptación, mostrando una imagen más positiva de las personas mayores. Para su realización es imprescindible contar con éstas y con los grupos más comprometidos en su cuidado. Emitir estos programas en horas de alta audiencia.
- **Eliminación de los estereotipos** que disminuyen el reconocimiento y la valía de las personas mayores y atentan contra su dignidad. Incluir mensajes en los programas publicitarios, no sólo contrarios a los malos tratos, sino a cualquier tipo de discriminación basada en la edad.

Desenmascarar y rechazar los tópicos que catalogan rígida y cruelmente a las personas mayores como personas “de segundo orden”, sin expectativas, sin curiosidad ni interés por su entorno y sin nada que aportar a la sociedad.

- **Elaboración de campañas publicitarias** con difusión de mensajes en clave positiva. Hacer llegar este material a las personas mayores y a sus familiares en los establecimientos que visitan con regularidad: mercado, farmacia, centro de salud, iglesia, banco, etc.



- **Puesta en marcha de programas informativos** destinados a las personas mayores. Tratar temas como el envejecimiento como proceso, sus posibilidades, sus limitaciones, los derechos y deberes de los mayores, los malos tratos y su inaceptabilidad, los recursos disponibles para las personas mayores y sus cuidadores, la prevención del fraude, la violencia o el robo y las medidas de seguridad a tener en cuenta en el domicilio y en la calle.
- **Proponer grupos de reflexión y debate** liderados por los propios mayores sobre los temas anteriores.
- **Creación de una publicación periódica** atractiva para las personas mayores, de legibilidad adecuada y con mensajes claros, que se reciba de forma gratuita en el domicilio y que podría ser generada por los grupos anteriores.
- **Apoyar a las ONG** ya existentes, pero poco conocidas, cuyos principales agentes son personas mayores voluntarias.

39

2.1.2 Educación a través de programas específicos en la escuela

- **Generar una asignatura transversal** que incluya reflexiones sobre el paso del tiempo, el ciclo vital, la enfermedad, la pérdida de capacidad, la tolerancia, el envejecimiento y las posibilidades que se ofrecen en esta etapa de la vida.
- **Trabajar con los alumnos sobre el lenguaje**, relacionado con la vejez, que utilizan. Reprobar el uso de expresiones vejatorias como “el viejo”, “carroza”, “viejales”, etc y analizar los mitos y estereotipos asociados a la edad.
- **Organizar encuentros con personas mayores** en los centros educativos infantiles con el objeto de promover la solidaridad y limar las asperezas del conflicto intergeneracional. Crear espacios para



la presencia de los “abuelos” en el colegio de los nietos, generando una imagen de la vejez ajustada a la realidad.

2.2 Formación de los profesionales

- **Conocimiento de las necesidades específicas de las personas mayores**, con especial atención a las situaciones de dependencia y a su cuidado. Es imprescindible que los profesionales de Atención Primaria reciban formación geriátrica y gerontológica reglada y, más específicamente, sobre el fenómeno de los malos tratos.
- **Concienciación de que los MTPM son una realidad y no una ficción** y que su negación entorpece la dinámica preventiva.
- **Consideración de los malos tratos como un problema de salud** sobre el que hay que actuar.
- **Inclusión** del tema de los MTPM **en los planes de estudio de pre-grado, post-grado** y en la formación continuada propuesta por Colegios o Asociaciones Profesionales, Unidades de Formación e Investigación, etc.

2.3 Desarrollo de estructuras coordinadas de apoyo a los mayores desde la Administración

2.3.1 En el ámbito jurídico

- **Vigilar el cumplimiento** de las leyes ya existentes, como la obligación de alimentos, etc.
- **Desarrollo de normas jurídicas** que amparen y protejan a las personas mayores con deficiencias físicas y psíquicas.



- **Crear o difundir el conocimiento de las Agencias de Tutela de Adultos** ya existentes en algunas Comunidades Autónomas. Hacer asequibles a la población sus procedimientos.

41

2.3.2 En el ámbito asistencial

- Desarrollo de programas desde las diferentes administraciones públicas que favorezcan el **envejecimiento activo**, en los que intervengan los sistemas educativo, sanitario y social.
- Aplicación de los programas de prevención y promoción de la salud establecidos.
- **Aumento de los presupuestos** destinados a la atención domiciliaria, tratamientos de rehabilitación, etc, que mejoren la calidad de vida y fomenten la independencia de las personas mayores.
- **Incremento de la oferta de plazas residenciales y Centros de Día** para personas mayores en instituciones de buena calidad, coordinadas por personal con formación geriátrica acreditada.
- **Exigencia** a los cuidadores asalariados **de los conocimientos, habilidades y actitudes** necesarios para desempeñar con suficiencia la función de cuidado. Facilitar la formación continuada y evaluarles periódicamente. Pedir credenciales y referencias de las personas que son contratadas para cuidar a personas mayores en el domicilio.
- **Alerta ante** el peligro de **discriminación por razones de edad**. El criterio "edad" no puede ser un criterio "llave" en la asignación de prestaciones sanitarias e intervenciones biomédicas.
- Creación y desarrollo de **protocolos de prevención de los MTPM** en Centros Sanitarios, Sociosanitarios y Centros Geriátricos y Gerontológicos.



42



- Elaboración de un protocolo de **directrices previas** que facilite la toma de decisiones, en función de los valores de la persona mayor, en los casos en que ésta haya perdido la capacidad de expresarse.

2.3.3 En el ámbito social

- Desarrollar **programas que fomenten las relaciones sociales** de los mayores, ofreciendo información, asesoramiento y soportes asistenciales para ellos y sus familias.
- **Apoyo a las familias cuidadoras** de personas mayores, especialmente de aquellas que presentan dependencias graves, con programas de descarga, ayudas continuadas y recursos específicos para situaciones de especial necesidad.
- **Coordinación de las acciones** de los diferentes niveles asistenciales y departamentos para que no se den ni duplicidades ni vacíos en la oferta de servicios.
- **Ampliación de ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación de los domicilios** a las necesidades de los mayores. Facilitar ingresos temporales en instituciones mientras se realizan los cambios en el domicilio. Modificar el actual sistema de desembolso que obliga a adelantar el pago de la obra.
- Proporcionar recursos específicos para los casos de **carencia permanente de atención** y facilitar **alojamientos alternativos**.
- **Creación y difusión de teléfonos de ayuda** donde puedan dirigirse las personas mayores que se encuentren en riesgo o estén sufriendo malos tratos.
- **Generalización** de la instalación del **servicio de teleasistencia** para los mayores de 80 años y para otras personas mayores en situación de fragilidad.



- Creación de una **comisión de vigilancia de manifestaciones lesivas**. Su función será detectar cualquier manifestación de desprecio a las personas mayores. La denuncia de alusiones denigrantes y dañinas ha tenido éxito en otros grupos de población (publicidad ofensiva con las mujeres, niños, personas de etnias diferentes, etc).



CAPÍTULO 3

¿CÓMO PREVENIR LOS MALOS TRATOS?

La **prevención primaria** tiene como objetivo evitar que se produzcan los malos tratos a personas mayores (MTPM), detectando situaciones y factores de riesgo e interviniendo en consecuencia.

Para realizarla se precisan herramientas que vertebran la práctica asistencial cotidiana en busca de la mejora integral de la calidad de vida de los mayores, incluyendo la valoración del riesgo de que aparezcan malos tratos y la intervención de los profesionales –preferiblemente formando parte de un equipo interdisciplinar– cuando se detecte esta situación.

En el presente capítulo comenzaremos enunciando brevemente los modelos causales. Posteriormente describiremos los factores o situaciones de riesgo junto con los perfiles, tanto de la víctima, como del presunto responsable de los MTPM. Terminaremos centrándonos en las tareas de prevención primaria en las que puede participar un Equipo de Atención Primaria, proponiendo algunas recomendaciones para la valoración del riesgo y reducción del estrés y la sobrecarga en los cuidadores, así como una descripción de los apoyos sociales y legales con los que se puede contar para la prevención.

1. TEORÍAS CAUSALES DE LOS MALOS TRATOS

El conocimiento de las causas nos ayuda a situar los factores que predisponen a una situación de malos tratos y nos permite profundizar en las estrategias preventivas y en la necesidad de evitar sesgos innecesarios en la posterior detección. No se debe olvidar que, con mucha frecuencia, la génesis de los MTPM es multifactorial.

En la medida de lo posible, conviene no confundir factor de riesgo con causa de malos tratos. Un factor de riesgo como el estrés, puede



46



estar presente en diferentes teorías causales y es el conjunto de factores de riesgo el que puede generar la estructura sobre la que se construye una teoría.

A continuación se muestran cuatro de las teorías causales más referenciadas:

– **El modelo situacional:**

Postula que los MTPM se generan como respuesta irracional a situaciones de estrés. Esta respuesta depende de factores del cuidador, de la víctima y de las situaciones económico-sociales de ambos.

Con esta teoría se corre el riesgo de culpabilizar más a la propia víctima, por ser la fuente del estrés.

– **El modelo del intercambio social:**

Describe que la relación de dependencia aumenta los riesgos, que el desequilibrio en la interacción de dos personas discurre entre la satisfacción y el castigo, y que podría ser la sensación de pérdida de autonomía y de poder del cuidador la que desencadenaría respuestas de malos tratos.

– **El modelo de la interacción simbólica.**

Tiene que ver con las interpretaciones simbólicas del comportamiento que tienen tanto la víctima como el responsable de los malos tratos. En muchas ocasiones pesa más la interpretación que un cuidador hace de la sobrecarga, que el grado de intensidad de la propia carga.

Se basa en el aprendizaje social y plantea que los responsables de los malos tratos aprenden a ser violentos presenciando actos de violencia, y que las víctimas aprenden a aceptarlos como normales.

– **El modelo feminista.**

Defiende un modelo basado en el desequilibrio de poder existente entre hombres y mujeres en una sociedad machista. Da una



visión parcial del problema ya que los hombres mayores también son víctimas de malos tratos.

47 ●

2. SITUACIONES / FACTORES DE RIESGO

Analizando las causas de los malos tratos y las situaciones de riesgo, podemos intuir que existen muchas circunstancias que pueden favorecer la aparición de MTPM.

Entre las más citadas se encuentran **la dependencia** en todos sus aspectos (clínica, funcional, mental, afectiva o socioeconómica) y el **deterioro de las relaciones familiares**. También se han relacionado con la existencia de **antecedentes de malos tratos**, de **aislamiento social**, de **psicopatología del responsable** de la agresión y de **des-equilibrio de poder** entre la víctima y el responsable de los malos tratos. El comportamiento difícil de la persona mayor, la alteración del sueño y la incontinencia fecal pueden generar angustia severa en los cuidadores, y ésta, junto con la vivencia del cuidador de estar sobrecargado, la reinversión de rol de hijo maltratado a hijo agresor, etc, dibujan escenarios propicios para los malos tratos.

Acudimos a distintos estudios descriptivos para estructurar y clasificar las posibles situaciones de riesgo en función de los diferentes agentes y entornos (Cuadro 3).

3. PERFIL DE LA VÍCTIMA Y DEL RESPONSABLE DE LOS MALOS TRATOS

La enumeración de una serie de características nos puede ayudar a tener una idea de los perfiles de personas mayores y cuidadores con

SITUACIONES DE RIESGO

<p>Asociadas a la víctima</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deterioro físico para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. – Dependencia psíquica. Alteración de las funciones cognitivas. – Dependencia emocional asociada a trastornos del estado de ánimo. – El aislamiento social. – Círculo de violencia familiar, sobre todo entre cónyuges. – Mujer mayor de 75 años. 	<p>Asociadas al responsable de los malos tratos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuidador desde hace mucho tiempo o con agotamiento. Aislamiento social del cuidador. – Problemas económicos o dependencia económica de la víctima. – Cuidador con estrés o crisis vital reciente. – Abuso de drogas (alcohol, heroína, etc...). – Diferentes tipos de trastorno mental. – Cuidador único, inmaduro o aislado.
<p>Asociadas al entorno o estructurales</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pobreza o falta de recursos. – Discriminación de los mayores por la edad. – Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga. – Relaciones intergeneracionales deficientes. – Incumplimiento de leyes y normas. 	<p>Para los malos tratos en instituciones</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personal poco preparado o formado. – Bajos salarios. – Sobrecarga en el trabajo. Escasez de personal. – Estructura física de la institución no adaptada a las necesidades de los mayores. – Escasez de recursos materiales. – Normas de funcionamiento inadecuadas. – Tendencia a la obstinación diagnóstica y /o terapéutica. – Falta de controles e inspección.

Cuadro 3

mayor riesgo de verse implicados en un caso de malos tratos, pero es bien sabido que estas descripciones pueden conducir a simplificar en exceso y generar falsas acusaciones, por lo que su utilización debe hacerse con mucha cautela. Su recono-



cimiento debe servir para alertar sobre la necesidad de prestar un mayor apoyo sanitario y social a unos y otros y no para emprender una "caza de brujas".

49

Los perfiles varían en función de los estudios, del escenario en que se recojan los datos (domicilio, institución...), o incluso en función del tipo de malos tratos, de la definición utilizada, del país o del contexto (rural o urbano). Admitiendo estos sesgos, podemos aproximarnos a un retrato robot elaborado con diferentes estudios realizados en el **ámbito doméstico**:

– **Perfil de la víctima:**

- Mujer, viuda, mayor de 75 años de edad.
- Vive con la familia.
- Ingresos inferiores a 6.000 euros al año.
- Fragilidad.
- Depende del cuidador para las actividades de la vida diaria.
- Vulnerabilidad emocional y psicológica.
- Toma más de cuatro fármacos.
- En el último año ha sido visitada por un médico, una enfermera o un trabajador social.

– **Perfil del responsable de los malos tratos:**

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



50



Los malos tratos a personas mayores en **instituciones y por profesionales** continúan pendientes de la realización de estudios valientes, específicamente diseñados para conocer esta realidad, y que nos permitan acercarnos al perfil de los profesionales responsables de los malos tratos en este ámbito. En el estudio cualitativo realizado con profesionales en nuestro entorno (ver Cáp. 1.3), éstos ven al responsable de los malos tratos en las instituciones como un profesional asistencial poco preparado, poco motivado y sobrecargado de trabajo, habitualmente mujer (mayor porcentaje de trabajadoras en este sector) y que trabaja en instituciones con problemas de organización y gestión.

4. LA VALORACIÓN DESDE LA TAREA ASISTENCIAL COTIDIANA

Los profesionales de atención primaria tienen contacto, a lo largo de un año, con la práctica totalidad de las personas mayores que tienen asignadas para su asistencia, siendo además, en muchas ocasiones, las únicas personas “autorizadas” para entrar en los domicilios de las personas mayores o en algunas instituciones. Desde esta posición privilegiada, su implicación en la prevención de los malos tratos resulta imprescindible.

La prevención de los MTPM desde los Equipos de Atención Primaria (EAP) debe partir de la **valoración integral y diagnóstico** de los problemas que presenta la persona mayor y su entorno, detectando y analizando a fondo los posibles factores de riesgo.

Los EAP tienen desde hace años un programa de prevención / promoción de la salud en ancianos que incluye actividades que están firmemente consolidadas en la oferta de servicios de los equipos



(escalas de medida de salud, campañas de vacunación, control periódico de constantes vitales, valoración geriátrica integral, visitas domiciliarias programadas, etc). El establecimiento de estas estrategias facilita la incorporación de nuevas actividades.

Diversos autores coinciden en que sería conveniente integrar el análisis de los factores de riesgo y la prevención de los malos tratos, como un elemento más en la valoración del estado de salud de las personas mayores.

La herramienta fundamental con la que cuentan los EAP para desvelar los factores de riesgo de malos tratos es la **valoración geriátrica integral**, incluida en el programa de atención al anciano en todos los Centros de Salud. La valoración minuciosa y sistemática, el diagnóstico y el **registro en la historia clínica**, minimizan el riesgo de que los factores predisponentes y facilitadores de malos tratos queden ocultos.

Las actividades deben dirigirse tanto hacia la víctima potencial de los malos tratos como al potencial responsable de los mismos.

4.1 Valorando a la potencial víctima

- Incluir en la apertura de la historia clínica de las personas mayores una valoración enfocada hacia las posibles situaciones de riesgo, evaluando todas las facetas que pueden verse afectadas. Esta valoración, y su registro, no presenta grandes dificultades ni un aumento sustancial del tiempo dedicado, ya que la mayoría de estos factores se contemplan en la valoración integral que se debe realizar de forma rutinaria dentro del Programa del Anciano.
- Clasificar y ordenar sistemáticamente los posibles factores de riesgo físicos, psicológicos, sociales y económicos, ayudándose de



las herramientas de la valoración geriátrica integral que ya se están utilizando.

4.1.1 Valoración física

- **Grado de dependencia:** ¿Necesita ayuda para realizar la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria? como vestirse, asearse, desplazarse, alimentarse, ir al baño, etc.
- **Edad:** ¿Tiene más de 75 años? A más edad, mayor riesgo de dependencia.
- **Sueño:** ¿Se levanta y deambula por la noche de forma incontrolada? ¿Altera el sueño del resto de la familia?
- **Dolor:** ¿Sufre algún tipo de dolor crónico que no esté siendo tratado de forma adecuada? ¿Puede generar la expresión de ese dolor respuestas inadecuadas en el cuidador?
- **Alojamiento:** ¿Se le ha asignado una habitación apartada, de la que casi no sale? ¿La habitación tiene condiciones adecuadas de luz, ventilación, etc.?
- **Aseo:** ¿Aparece mal aseada, con mal olor? ¿Su ropa está en condiciones higiénicas insuficientes o demasiado vieja?
- **Alimentación:** ¿Come bien? ¿Pierde peso?
- **Caídas:** ¿El domicilio está preparado para prevenir las caídas?

4.1.2 Valoración psicológica

- **Soledad:** ¿Pasa muchas horas sola al día? ¿Tiene horarios diferentes al resto de los convivientes para comer, asearse, dormir?
- **Comunicación:** ¿Es incapaz de comunicar sus emociones, deseos, sentimientos? ¿Se muestra inhibida? Cuando se le pregunta algo,



¿tiende a mirar a su cuidador antes de responder, para observar la reacción de éste, como “pidiendo permiso” para contestar?

- **Deterioro cognitivo:** ¿Tiene algún tipo de demencia, pérdida de interés, enfermedad mental progresiva, falta de memoria, conversación incoherente, desorientación témporo-espacial, falta de reconocimiento de los que viven a su lado?
- **Estado de ánimo:** ¿Aparece asustada, desconfiada, tímida, con miedo? ¿Llora con facilidad, cambia de humor de forma inexplicable? ¿Está deprimida?
- **Agresividad:** ¿Tiene reacciones con violencia verbal? ¿Insulta o hace reproches a la persona cuidadora sin justificación aparente?
- **Intimidad:** ¿Se le respeta su intimidad (sus cartas, su desnudez cuando se asea, etc)?
- **Anulación de su personalidad:** ¿Se le permiten realizar pequeñas tareas para las que sí está capacitada? ¿Se le suplanta sistemáticamente en todo? ¿Se le permite practicar un culto o sus creencias religiosas?
- **Autopercepción:** ¿Dice que se siente maltratada? ¿Expresa disgusto cuando se refiere a la convivencia con la familia, o deseos de irse a otro sitio?

4.1.3 Valoración de signos financieros

- **Protagonismo en los asuntos económicos:** ¿Necesita ayuda para hacer una compra o vender parte del patrimonio, controlar las cuentas bancarias, etc.? ¿Se le permite disponer de su dinero y hacer gastos con libertad? ¿Ha delegado en otra persona la administración de estos asuntos?



54



- **Condiciones de alojamiento:** ¿Vive en la casa de algún miembro de la familia sin hacer ninguna contribución económica?
- **Expresión:** ¿Dice que le falta dinero?

4.2 Valorando al potencial responsable de los malos tratos

- **Fecha de inicio del rol de cuidador:** ¿El cuidador cumple esta función desde hace más de dos años?
- **Capacitación:** La persona que cuida ¿está capacitada para hacerlo? ¿Tiene los conocimientos, habilidades y actitudes precisas para realizar una tarea de cuidado efectiva?
- **Tarea compartida:** ¿Es el principal o único cuidador? ¿Es relevado periódicamente en su tarea de cuidador principal?
- **Afectación de la vida personal:** ¿Ha debido renunciar a un trabajo, vacaciones, aficiones personales, etc, para hacerse cargo de la persona mayor? ¿Tiene dificultad para encontrar tiempo para sí mismo? ¿Está aislado, sin relaciones sociales, absorbido por la responsabilidad de cuidar?
- **Afectación física y psicológica del cuidador:** ¿Presenta síntomas de cansancio en el ejercicio de esta tarea? ¿Tiene sentimientos de desesperación, de “ya no puedo más”, llora o se irrita con facilidad cuando se habla de la labor que realiza como cuidador? ¿Tiene problemas de salud y siente que no puede cuidarse adecuadamente por estar atendiendo a una persona mayor? ¿Sufre dolores crónicos que no tienen etiología de base orgánica?
- **Impacto económico:** ¿Realiza de forma gratuita esta función? ¿Recibe algún tipo de ayuda económica u otro tipo de soporte de



forma oficial? ¿Tiene dificultades económicas? ¿Se siente “bien pagado”?

55

- **Relación con la persona mayor:** ¿La relación que mantiene el cuidador con la persona mayor está desprovista de comunicación, entendimiento, comprensión? ¿Recibe de la persona mayor signos de agradecimiento, respuesta, interacción? ¿La persona mayor acostumbra a responder cuando se le hacen preguntas?
- **Relación con los servicios de apoyo:** ¿Se niega a permitir que los servicios sociales o sanitarios entren en su domicilio? ¿Dificulta la intervención de los mismos?
- **Situación personal:** ¿Tiene problemas de adicción a sustancias tóxicas? ¿Tiene antecedentes de problemas relacionados con la salud mental? ¿Está en trámites de separación, en paro u otro problema personal de cierta envergadura?

5. LA ACTUACIÓN PREVENTIVA DESDE LA TAREA ASISTENCIAL COTIDIANA

5.1 Recomendaciones en la atención de los mayores

- **Evaluar periódicamente el nivel de autonomía** funcional para desempeñar las tareas de la vida diaria. Recordar que cuanto mayor sea la dependencia, mayor será el riesgo de aparición de malos tratos.
- **Fomentar y estimular su independencia** para hacer y para decidir. No dejarles al margen de las decisiones que recaigan sobre ellos.
- **Promover la interacción y evitar el aislamiento.** La soledad favorece la aparición de confusión, desorientación témporo-espacial



56



y deterioro del lenguaje. Ofrecerles la posibilidad de acudir a un Centro Social o solicitar una persona que les acompañe unas horas cada día (voluntarios, etc.).

- **Mantener a la persona mayor mentalmente activa** con lecturas, pasatiempos, juegos.
- **Identificar el régimen jurídico** (tutela, curatela, etc) que mejor les pueda proteger. Cuando la persona mayor sufra algún tipo de incapacidad mental, buscar a alguien que sea su “garante”. Asegurarle que no se le privará de sus derechos.
- **Proporcionar a los mayores formación orientada a prevenir malos tratos.** Se puede realizar desde los EAP mediante:
 - **Talleres, conferencias y grupos de Educación para la Salud** concebidos para dar mensajes positivos sobre la vejez (cómo vivirla satisfactoriamente), la incapacidad (cómo afrontarla, cómo vivir con alguien que la padezca, cómo minimizar los riesgos de caídas y lesiones), nociones de higiene y alimentación, y sobre los recursos sociales y legales que tienen a su alcance.
 - La inclusión de mensajes sobre los riesgos de MTPM en los **talleres de educación** de pacientes con enfermedades crónicas.
 - La elaboración de **materiales educativos** (manuales, folletos, hojas informativas, vídeos, etc) de fácil lectura y accesibles para las personas mayores.
 - **Actividades de educación específicas sobre la vejez:** difundir en la comunidad la idea de que la vejez es una etapa en la que se pueden perder muchas cosas, pero nunca la dignidad y los derechos. Dirigirse a centros sociales de mayores, asociaciones de vecinos, parroquias, etc.



5.2 Recomendaciones para la posible víctima

57

- **Evitar el aislamiento**, intentando mantener o aumentar la red social:
 - Mantenerse en contacto con viejos amigos y vecinos incluso aunque se traslade de domicilio.
 - Tener un buen amigo con el que poder hablar abiertamente.
 - Tener amigos que le vayan a visitar a casa, aunque sean visitas breves.
 - Aceptar las oportunidades que surjan para hacer cosas nuevas. Esto puede permitir hacer nuevas amistades.
 - Participar en actividades sociales y de la comunidad.
 - Participar en servicios de voluntariado.
 - Atender sus propias necesidades personales: citas con el médico, el dentista, el peluquero, etc.
- **Tener control sobre sus pertenencias**, estando seguro de que los demás son conscientes de que sabe dónde quiere que esté colocada cada cosa.
- **Abrir y enviar su propia correspondencia.**
- **Tener su propio teléfono.** Utilizar un contestador automático que registre todas las llamadas.
- Que su **pensión sea ingresada directamente en su cuenta bancaria.**
- Obtener **consejo legal** sobre acuerdos que no se puedan realizar en el caso de una discapacidad futura. Evitar firmar documentos a menos que los revise alguien de su confianza.
- **Saber a dónde debe dirigirse** si quiere conseguir ayuda porque cree que está siendo maltratado.



58



- Evitar dejar la casa desatendida.
- No vivir con alguien que tenga antecedentes de conducta violenta o abuso de sustancias.
- **En el ámbito de las instituciones:**
 - Conocer el reglamento de régimen interno, sus derechos y deberes.
 - No consentir tratamientos que le infantilicen.
 - Tener llave de su habitación.

5.3 Recomendaciones dirigidas al cuidador / familia

- **Hacer del cuidador objeto de cuidado.** Convencerle de que busque tiempo y apoyos para sí mismo.
- Mantener **vínculos cercanos** con parientes y amigos.
- Encontrar **fuentes de ayuda** y utilizarlas. Explorar las alternativas de cuidado: ayuda a domicilio, respiros, residencias, centros de día, etc.
- **Cuidar la propia salud:** suficiente descanso, horas de sueño, realización de ejercicio físico, cuidado de la alimentación, etc.
- Valorar detenidamente **la capacidad real de la familia** para suministrar cuidado a largo plazo y **el riesgo de claudicación.**
- **Explorar las posibilidades de descanso,** de alternar la tarea del cuidado con otras personas, de comprometer a otros familiares, de acceder a determinados recursos sociales (residencias, centros de día, etc.).
- **Anticipar la incapacitación potencial** y hacer planes basados en la discusión de los deseos de la persona mayor.



- Planificar cómo atender sus necesidades personales cuando las responsabilidades del cuidado aumenten.
- Indagar sobre las resistencias para el cambio: si tiene conciencia de riesgo de claudicación o sentimientos de culpa por ceder parte de los cuidados, etc.
- Los familiares deberían evitar:
 - Ofrecer cuidado personal a menos que puedan hacerse cargo totalmente de las responsabilidades y los costes que conlleva.
 - Esperar a que la persona mayor esté instalada en su vivienda para analizar sus necesidades y valorar si puede o no hacerse cargo de ellas.
 - Ignorar las propias limitaciones.
 - Esperar que los problemas familiares desaparezcan una vez que la persona se traslada a la casa del familiar.
 - Impedir o estorbar la independencia de la persona mayor o entrometerse de forma innecesaria en su intimidad.
 - Etiquetar sus esfuerzos como un fracaso si se hace imposible el cuidado de la persona mayor en casa y fuera necesario buscar alternativas de cuidado.

5.4 Recomendaciones para la prevención en las Instituciones

- El interés de las instituciones en cuidar adecuadamente a las personas mayores debe ir más allá de una declaración de buenas intenciones ya que su formulación no garantiza la prevención de los MTPM. En el origen de muchas situaciones de malos tratos se encuentran los desajustes de plantillas, escasez de personal, sala-



60

rios bajos, rigidez de normas, barreras arquitectónicas, etc, que requerirán **un esfuerzo en la gestión** de la institución.

- **Admitir la posibilidad** de que se estén produciendo o se puedan producir MTPM en cualquier institución. La negación de esta posibilidad impedirá cualquier actividad preventiva.
- Establecer un programa de **formación continuada**, dirigido a todos los estamentos profesionales, que incluya el tema de los MTPM y promueva la reflexión de los profesionales sobre su actividad cotidiana, la posibilidad de que la rutina y la habituación hagan perder sensibilidad en el cuidado, el riesgo de obstinación diagnóstica o terapéutica, etc.
- Elaboración y puesta en marcha de **protocolos de prevención**, detección e intervención de MTPM. En ellos se deberá contemplar desde el establecimiento de criterios para la utilización de contenciones físicas, pañales de incontinencia, sillas de ruedas, etc, hasta normas para respetar la intimidad de las personas mayores, evitar la infantilización en el trato, etc.
 - Realizarlos de manera participativa, contando con los profesionales asistenciales de primera línea (enfermeras, auxiliares de enfermería, etc).
 - Explicitar las decisiones institucionales que puedan minimizar los factores de riesgo y maximizar los factores protectores, como por ejemplo, facilitar la rotación de profesionales por diferentes plantas para evitar desgastes o rutinas que puedan acabar siendo perversas.
 - Crear un grupo de trabajo responsable del supervisar y evaluar el cumplimiento del protocolo y de realizar, de forma participativa, la revisión y actualización del mismo en el período de tiempo que se estime (al menos anualmente).



6. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL CUIDADOR

61

Los programas que pueden ponerse en práctica con los familiares, con el fin de prevenir los MTPM en el ámbito doméstico, son diversos. Su objetivo es intervenir sobre los diferentes factores de riesgo descritos en el contexto familiar, por lo que van destinados a reducir el estrés de los cuidadores y a promover el cuidado del cuidador, la formación de éstos en el manejo de comportamientos problemáticos o la intervención clínica con aquellos cuidadores que se encuentran en situaciones de alto riesgo para producir MTPM.

6.1 Grupos de apoyo

Los participantes en estos grupos son cuidadores que experimentan una misma circunstancia y comparten situaciones semejantes, lo que favorece el **apoyo social** en el grupo. También se facilita el **intercambio de información** sobre el manejo de situaciones estresantes como, por ejemplo, la presencia de comportamientos problemáticos en la persona a la que cuidan.

Estos grupos se organizan desde instituciones públicas (Ayuntamientos, etc) y privadas (por ejemplo, asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer).

6.2 Programas psicoeducativos

Se centran principalmente en lo que se conoce como ***el cuidado del cuidador***.

Al igual que los grupos de apoyo, se organizan desde instituciones públicas y privadas (por ejemplo, fundaciones). También existen guías



62



para cuidadores donde se detallan distintas pautas relativas al cuidado del cuidador (Ver bibliografía 4).

En estos grupos se ofrece información sobre las características de los trastornos que produce la dependencia de la persona mayor, técnicas para el control emocional o el manejo de sentimientos negativos y habilidades para la resolución de problemas asociados al cuidado de la persona mayor dependiente.

Además, estos programas, especialmente si se realizan en grupo, proporcionan apoyo emocional a los cuidadores a lo largo de las diferentes sesiones. Generalmente, se encuentran integrados por diversos módulos:

a) Módulo de Información:

- Se proporciona información sobre el trastorno que constituye el origen de la dependencia de la persona mayor (por ejemplo, demencia, deficiencia visual, etc.) y sus consecuencias sobre la conducta de la persona que lo padece (por ejemplo, preguntas reiterativas como consecuencia de la pérdida de memoria asociada a la demencia).
- Información sobre las consecuencias que tiene sobre los cuidadores familiares la atención continuada de una persona mayor dependiente (por ejemplo, sobre su salud, integración social, relaciones familiares, nivel de estrés, etc.)
- Información sobre los recursos comunitarios disponibles para estas situaciones.

b) Manejo de sentimientos desadaptativos:

- Los cuidadores aprenden técnicas para afrontar y disminuir la intensidad de aquellos sentimientos que, más frecuentemente,



pueden resultar desadaptativos entre los cuidadores familiares: **Tristeza, culpa, enfado e ira.**

- Las técnicas de control emocional que se utilizan en esta fase son: la relajación, la reestructuración cognitiva, asertividad, planificación de actividades, administración del tiempo, etc.

c) Habilidades de manejo de problemas asociados al cuidado:

Se pretende que los cuidadores adquieran habilidades para responder y manejar de forma efectiva comportamientos disruptivos de las personas a las que cuidan, así como para favorecer la autonomía y prevenir el “exceso de dependencia o incapacidad” de la persona mayor.

También se proporcionan técnicas para la mejora de la comunicación con las personas mayores dependientes.

6.3 Instrucción en técnicas de manejo de comportamientos problemáticos

Algunos comportamientos de la persona mayor son particularmente estresantes y agotadores para los cuidadores, como **la deambulación, los delirios o los comportamientos agresivos**, que pueden considerarse verdaderos factores de riesgo para la aparición de malos tratos.

Además, es frecuente culpar a la persona mayor de intencionalidad ante su falta de cooperación, cuando en realidad se suele deber al propio deterioro.

En estos programas se instruye a los cuidadores, generalmente en grupo, en técnicas para la prevención de conflictos y para que sepan responder adecuadamente ante estos comportamientos difíciles,



64



haciendo énfasis en que determinados estados de malestar, como el dolor, la frustración o la incomodidad, aumentan los comportamientos problemáticos.

Existen guías para cuidadores que contienen de forma detallada la descripción de las técnicas para el control y /o reducción de comportamientos problemáticos (Ver bibliografía 4).

6.4 Programas de intervención clínica con cuidadores en riesgo de infligir MTPM

Son programas que están poco desarrollados en nuestro medio, lo que pone de relieve la necesidad de coordinación entre los servicios de protección a las víctimas de malos tratos y los programas para reducir el estrés del cuidador.

Entre los tipos de programas que se pueden desarrollar con cuidadores en riesgo pueden señalarse:

a) Programas para la prevención y /o tratamiento de la depresión.

Los cuidadores deprimidos, que tienen a su cargo personas mayores, tienen un riesgo tres veces superior de llegar a maltratar (especialmente de cometer malos tratos físicos) que el de los cuidadores que no están deprimidos.

b) Programas para la prevención y /o tratamiento de la ansiedad.

También se ha comprobado que un elevado nivel de ansiedad en los cuidadores aumenta el riesgo de los MTPM.

c) Programas para el manejo de la ira.

Este sentimiento, que puede aparecer frecuentemente entre los cuidadores, puede actuar como antecedente o desencadenante de los MTPM. Por ello, es particularmente importante en la pre-



vención que los cuidadores puedan manejar sus sentimientos de ira de forma adecuada, ya que su control puede resultar decisivo para evitar que se produzcan.

65

d) Otras intervenciones con cuidadores.

Es especialmente importante detectar e intervenir en los casos de dependencia del alcohol y otras adicciones, pues incrementan notablemente el riesgo de malos tratos.

7. LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA PREVENCIÓN

El sistema público de servicios sociales es fundamental para hacer efectivo el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, y tiene un importante papel en la prevención y atención de los MTPM.

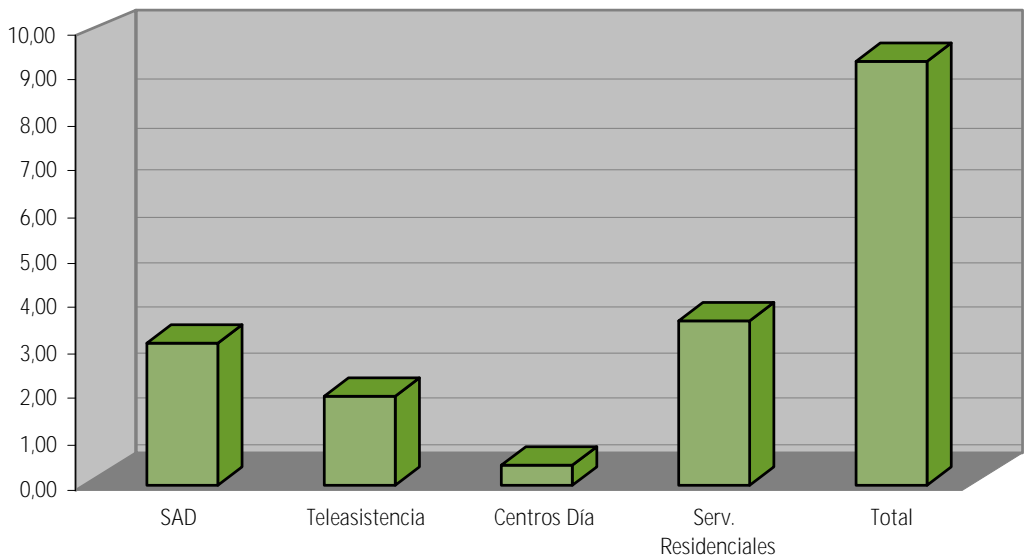
El lema “**envejecer en casa**” se ha convertido en el objetivo prioritario de las políticas sociales. El modelo de atención comunitaria se basa en el abordaje de los problemas de las personas mayores allí donde se producen, en su domicilio, favoreciendo que permanezcan en su entorno habitual.

Se parte del **reconocimiento del apoyo familiar como el principal proveedor** de atención y cuidados a las personas mayores dependientes, ofertándose los distintos servicios sociales para facilitar y potenciar esa labor. Los servicios residenciales quedan reservados para las personas mayores que presenten problemas importantes de dependencia física o psicosocial, generalmente asociados a la ausencia de redes de apoyo familiar. Sin embargo, los datos sobre el grado de implantación de unos y otros (Gráfico 1) no confirman este planteamiento teórico.



GRÁFICO 1

*Índice de Cobertura de algunos Servicios Sociales para
Personas Mayores en España. Enero 2004*



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2004) Datos de Población . Padrón Municipal 01/01/2003.
Elaboración Propia.

La desigualdad entre unas y otras Comunidades Autónomas (CCAA) es una característica común a todos los servicios y desde cualquiera de sus vertientes de análisis: grado de implantación y desarrollo (Gráfico 2), costes, soporte normativo, intensidad, diseño, etc. También se constatan en los servicios sociales serios problemas de conceptualización que provocan que bajo una misma denominación se puedan encontrar recursos muy distintos.



GRÁFICO 2

Índice de usuarios de servicios sociales por CCAA

67

	Ámbito Territorial				Total
	SAD	Teleasistencia	Centros Día	Serv. Residenciales	
Andalucía	3,48	1,79	0,33	2,84	8,45
Aragón	3,07	2,66	0,34	4,46	10,54
Asturias	3,26	1,76	0,37	4,06	9,44
Baleares	2,09	1,89	0,24	2,84	7,06
Canarias	2,69	0,62	0,23	2,89	6,43
Cantabria	1,92	0,48	0,35	4,01	6,77
Castilla-León	3,12	2,54	0,35	6,12	12,13
Castilla-La Mancha	4,87	3,93	0,24	5,06	14,09
Cataluña	3,87	0,79	0,95	4,37	9,98
C.Valenciana	1,67	1,87	0,25	2,52	6,31
Extremadura	7,41	1,34	0,44	3,68	12,87
Galicia	1,91	0,67	0,18	2,08	4,84
Madrid	3,37	4,57	0,70	4,56	13,20
Murcia	1,76	1,35	0,42	2,25	5,79
Navarra	3,56	4,68	0,38	5,32	13,95
País Vasco	1,77	2,26	0,55	3,90	8,48
La Rioja	3,41	1,25	0,48	4,71	9,86
Ceuta	3,44	0,43	0,30	1,67	5,84
Melilla	3,15	2,97	0,34	2,72	9,18
España	3,14	2,05	0,46	3,78	9,43

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2004) Datos de Población . Padrón Municipal 01/01/2003
Elaboración Propia.

La prevención de situaciones de riesgo en los mayores, y especialmente los malos tratos, se centra en los aspectos cualitativos de su atención. Existen situaciones carenciales entre los mayores, en oca-



siones graves, que propician los MTPM. Cuando los sistemas de protección no cumplen con sus cometidos se incide en la victimización de la persona mayor, que puede ser tan perjudicial como los malos tratos en sí, ya que aumenta la sensación de desprotección y de falta de confianza en el entorno social.

El acceso a la mayor parte de los recursos sociales públicos requiere una evaluación previa de las necesidades, que se realiza mediante diversos instrumentos de valoración que varían de unas Comunidades Autónomas (CCAA) a otras, y en los que se tienen en cuenta básicamente:

- Territorialidad del solicitante: Se requiere un tiempo de residencia en la Comunidad Autónoma que oscila entre 2 y 3 años.
- El estado de salud: No padecer enfermedad infectocontagiosa ni problemas psiquiátricos que impidan la convivencia.
- Dependencia: Valorada a través de un baremo o de un instrumento de evaluación estandarizado.
- Edad: Se requiere una edad mínima que suele ser de 60 o 65 años. Este requisito desaparece en algunas CCAA en el caso de existir algún tipo de dependencia como en el caso de la enfermedad de Alzheimer.
- Vivienda.
- Situación sociofamiliar.
- Recursos económicos: Unas veces se valoran únicamente los de la persona mayor y otras los de la unidad familiar.

El diferente peso que se otorga a cada una de estas variables, hace que una vez más, la desigualdad se instaure en el momento en que una persona mayor tiene necesidad de un recurso social.



Por tanto, dado que el grado de implantación y el tipo de asistencia que se oferta en los diferentes servicios varía de unas CCAA a otras, y entre los Ayuntamientos de un misma Comunidad, los distintos profesionales deben conocer con qué apoyos sociales pueden contar en su ámbito de actuación e **informar y facilitar el acceso** a los mismos a las personas mayores y cuidadores.

69

Desde un enfoque preventivo de los MTPM –independientemente de su pertenencia a la red básica o especializada– se describen a continuación las características de algunos de los servicios sociales existentes, cuya utilización potencia la autonomía de las personas mayores y puede evitar o paliar situaciones de riesgo ya descritas como el aislamiento social, el deterioro físico y mental de los mayores o la sobrecarga de los cuidadores.

7.1 Voluntariado y cooperación social

Los servicios sociales cuentan con la colaboración de asociaciones de apoyo solidario a las personas mayores, sobre todo cuando presentan problemas de soledad y aislamiento.

Desde éstos recursos se **proporciona compañía en el hogar y acompañamiento** para la realización de gestiones, visitas, actividades recreativas y culturales u otras actividades participativas.

En la mayoría de los casos este servicio es proporcionado por voluntariado social, debiendo destacarse la participación de las personas mayores en redes asociativas que desarrollan actividades de voluntariado social y autoayuda.

El voluntariado social en el sistema de los servicios sociales se estructura como un programa de cooperación social para el desarro-



70



llo de actuaciones complementarias a las prestaciones y servicios de dicho sistema.

La Administración contribuye con la financiación y asistencia técnica de apoyo a sus actuaciones con los siguientes objetivos:

- Apoyar a las personas mayores carentes de autonomía personal.
- Desarrollar iniciativas de convivencia alternativa, tales como, las familias sustitutivas o el acogimiento.
- Dinamizar y estimular fórmulas de convivencia social, promoviendo el asociacionismo.
- Promover grupos de autoayuda.
- Fomentar el aumento del número de personas mayores que participan en organizaciones de voluntariado y del número de personas mayores que reciben ayuda de voluntarios en su entorno habitual.
- Potenciar en la sociedad el cambio de actitudes sociales hacia los problemas del envejecimiento.

7.2 Hogares y clubes para personas mayores

Son centros de reunión que **promueven la convivencia** entre las personas mayores y **fomentan su participación activa** en las relaciones sociales y en actividades ocupacionales y socioculturales.

Prestan servicios de biblioteca, peluquería, podología, cafetería y comedor a costes reducidos, prevención sanitaria y rehabilitadora menor, y realizan actividades sociales y formativas a través de cursos, talleres y viajes.

Su función preventiva es indudable ya que en muchas ocasiones se convierten en un lugar de “acogimiento” al que acuden personas



mayores que viven con familiares que trabajan todo el día fuera de casa.

71 ●

Por otra parte, son un buen recurso para trabajar habilidades para un envejecimiento activo con las personas mayores y potenciar sus posibilidades y su autoestima.

También contribuyen de forma significativa a crear y reforzar redes de apoyo social entre personas mayores, a implantar hábitos de vida más saludables y a mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

Es destacable el carácter autogestionario de la mayor parte de los clubes y el gran número de personas que participan en mayor o menor medida en las actividades organizadas desde los mismos. Casi el 50% de la población de 65 y más años frecuenta estos centros. En enero de 2004, 3.528.376 personas mayores estaban asociadas a uno de los 3.588 centros registrados en nuestro país.

7.3 Servicios de atención a domicilio

Los principales servicios de atención domiciliaria son el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y la teleasistencia. El número de usuarios atendidos por ambos servicios en enero de 2004 era de 377.717, de los cuales, 228.812 correspondían al SAD y 148.905 al servicio de teleasistencia.

7.3.1 Servicio de Ayuda a Domicilio

Es un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador que tiene como objetivo **mantener a las personas mayores en su entorno habitual**, evitando o retrasando la institucionalización.



72



Consiste en una serie de prestaciones de carácter personal, doméstico y social que se proporcionan a aquellas personas que por diversas razones tienen problemas de reducción o pérdida de su autonomía personal, intentando potenciar ésta y mejorar su calidad de vida.

La mayor parte de los municipios establece un copago para estos servicios, que generalmente se calcula sobre el total de ingresos de la unidad de convivencia. En ningún caso esta aportación supera el 20 % de su coste real.

Hay que destacar la colaboración de las asociaciones de mayores y organismos no gubernamentales en el apoyo a la atención domiciliaria.

Los profesionales que realizan este servicio en atención directa son los auxiliares de ayuda a domicilio. La mayor parte de las intervenciones se destinan a la limpieza del hogar. Sin embargo, se está afianzando la tendencia a ofrecer cuidados personales, en consonancia con las necesidades de atención a la dependencia de los usuarios. Así, los cuidados personales, el aseo de la persona mayor, la compra de alimentos y otros productos de necesidad básica y la ayuda para las actividades de la vida diaria, empiezan a ser actividades cotidianas de este servicio.

El promedio de horas de atención en la asistencia domiciliaria se encuentra en nuestro país en 4,7 horas a la semana, tiempo claramente insuficiente para cubrir las necesidades de la mayoría de las personas mayores dependientes.

En el ámbito nacional, el índice de cobertura obtenido indica que de cada 100 personas de 65 y más años, 3,14 son beneficiarias de este Servicio Público de Ayuda a Domicilio. La mayor demanda corresponde a mujeres con más de 80 años de edad.



El carácter preventivo y de apoyo familiar del SAD es indudable, cumpliendo un papel fundamental en la detección de situaciones de malos tratos.

73

7.3.2 Teleasistencia domiciliaria

Es un servicio que se realiza a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicación específico ubicado en un centro de atención y en el domicilio de la persona mayor.

Permite a la persona mayor, con sólo pulsar un botón, estar en contacto con una central atendida por personal preparado para dar respuesta a cualquier crisis que se pueda presentar durante las 24 horas del día. Asimismo, se contacta periódicamente con los usuarios, con el fin de realizar un seguimiento permanente de su estado.

Su objetivo es proporcionar seguridad a las personas mayores, sobre todo aquellas que viven solas o pasan gran parte del día en solitario, y por otro lado, sirve de enlace con los familiares y con otros servicios y recursos.

La evolución y perfeccionamiento tecnológico ha abaratado sus costes, lo que ha facilitado el acceso tanto a los servicios públicos como a los privados.

Algunas CCAA han establecido el servicio de teleasistencia como un derecho para todas las personas mayores que viven solas en su domicilio.

7.4 Centros de Día para personas dependientes

Es un servicio socio-sanitario que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, socioculturales, y en ocasiones



74



sanitarias, de personas mayores afectadas por diferentes grados de discapacidad física o psico-social. Los servicios que prestan son variables y pueden incluir cuidados personales, manutención, transporte, asistencia médica, rehabilitación, actividades físicas y actividades de ocio y tiempo libre.

Sus principales objetivos son contener las pérdidas funcionales, favorecer el mantenimiento de las personas mayores en su medio habitual de convivencia y apoyar y servir de respiro a las familias cuidadoras.

El número de plazas existentes en enero de 2004 en España era de 33.709 distribuidas en 1756 centros, la mayoría (63%) gestionadas por el sector privado. El 57% son financiadas por el sector público, con una aportación del usuario que oscila, según CCAA, entre el 12 y el 36% sobre el precio público establecido. El 43% restante se financia en su integridad por el usuario.

La cobertura de plazas publicas en centros de día es del 0,20% como media nacional, aumentando al 0,35% si contamos también las privadas.

7.5 Programas de estancias temporales en Residencias

Consisten en la atención temporal de la persona mayor en Residencias, cuando determinadas **circunstancias familiares de carácter transitorio** (ingresos hospitalarios del cuidador, viajes, etc) hacen imposible el cuidado.

También se puede solicitar en períodos vacacionales para posibilitar que los cuidadores disfruten de sus vacaciones. Es un servicio de



apoyo familiar importante, que debe acompañarse siempre de un programa de intervención de entrada y salida, con la consiguiente implicación familiar para evitar los problemas de adaptación que conlleva un cambio brusco y corto de domicilio.

75

7.6 Servicios alternativos de alojamiento

Constituyen sistemas alternativos para las personas mayores que plantean problemas de soledad, de vivienda o carencia de familiares. Aún están poco desarrollados en nuestro país, contabilizándose alrededor de 9.000 plazas de estas características.

Existen diversos modelos de vida compartida como medio para evitar el ingreso en residencias:

– Viviendas públicas tuteladas

Son equipamientos supervisados, destinados a la convivencia, alojamiento y asistencia de personas mayores con autonomía personal y problemas graves de vivienda.

A pesar de ser el servicio más extendido entre los de alojamiento alternativo y de tener una demanda creciente, por representar una alternativa atractiva para muchos mayores independientes, su implantación es muy pequeña.

– Acogimiento familiar

Proporciona, a las personas mayores que no pueden seguir viviendo en su domicilio, una convivencia en el hogar de familias con las que no les une ningún tipo de parentesco, favoreciendo así el mantenimiento e integración de los mayores en la comunidad.



76



La Administración supervisa la selección de las familias acogedoras y les presta ayuda económica para afrontar los gastos del acogimiento.

– **Vivienda compartida**

La persona mayor, que tiene domicilio propio, ofrece alojamiento a cambio de compañía y pequeñas contraprestaciones, como hacer la compra o la realización de gestiones.

Los destinatarios suelen ser personas mayores independientes para las actividades de la vida diaria pero que manifiestan cierta situación de fragilidad.

– **Unidades de Convivencia.**

Destinadas a personas en situación de dependencia, especialmente para aquellas que padecen demencia. Son grupos pequeños, entre 6 y 10 personas, atendidos por cuidadores y por los servicios sociales y sanitarios de la zona. La implicación de las familias en este tipo de alojamientos es alta. Es una modalidad que cada vez tiene mas peso en Europa, pero en España solo existen algunas experiencias piloto.

7.7 Servicios sociales de institucionalización

Están constituidos por centros residenciales que proporcionan alojamiento permanente o temporal y atención asistencial, integral y continuada a personas mayores que por diversas circunstancias no pueden permanecer en su hogar.

El número total de plazas residenciales en España en enero de 2003 era de 266.392 distribuidas entre 4890 centros, siendo uno de los servicios más desarrollados entre los de atención a personas mayores.



El índice de cobertura, incluyendo las plazas en viviendas, es de 3,78 plazas por cada 100 personas de 65 años y más, de las que 1,7 son financiadas públicamente y 2 son financiadas íntegramente por el usuario.

El sector privado gestiona el 75% de las plazas. El 42% de las plazas son financiadas por el sector público con una aportación del usuario, y el 58% son financiadas íntegramente por el usuario.

La clasificación tradicional entre residencias para válidos o asistidos tiende a ser sustituida por una única denominación: "centros residenciales para personas mayores con problemas de dependencia".

En cuanto a los servicios que prestan se concretan en :

- Programas de intervención sanitaria, que comprenden la atención médica, fisioterapia y terapia ocupacional.
- Programas de intervención psicosocial, con atención psicológica, asistencia social, intervención con familias y animación sociocultural.
- Programas de intervención para mayores con deterioros cognitivos.
- Programas de atención a mayores con enfermedades terminales.

Como ya se ha dicho, existe la posibilidad de solicitar estancias temporales durante las vacaciones familiares, favoreciendo el disfrute de un periodo de vacaciones a las familias o a las personas sin relación de parentesco que atienden habitualmente a la persona mayor.

7.8 Otros servicios

Existen otros servicios (Cuadro 4) encaminados a **facilitar la permanencia de las personas mayores en su domicilio**, si bien están poco



78



- Mejora de las condiciones de habitabilidad de la vivienda.
- Prestación económica para familias cuidadoras.
- Lavandería externa.
- Comida a domicilio.
- Acompañamiento.
- Apoyo a familias durante el fin de semana.
- Cadenas de llamadas telefónicas.
- Instalación gratuita de teléfonos.
- Exenciones o reducciones fiscales para personas mayores con minusvalía.
- Bonificaciones en la utilización de determinados transportes.
- Prestaciones económicas no periódicas.

Cuadro 4

desarrollados y su cobertura es escasa en la mayoría de las CCAA, estando destinados en su mayoría a personas mayores con rentas muy bajas y que viven solas.

8. MEDIDAS LEGALES PARA LA PREVENCIÓN

El ejercicio de determinadas técnicas jurídicas puede ayudar a prevenir situaciones de malos tratos o evitar la progresión de los mismos. Se hace necesario que los profesionales que trabajan con personas mayores conozcan ciertas normas legales y las posibilidades que ofrecen, independientemente de que en muchas ocasiones se deba



contar con la ayuda de un asesor legal. En algunas Comunidades Autónomas, determinados Colegios de Abogados prestan servicios gratuitos de orientación y asesoramiento a las personas mayores.

79

8.1 La incapacitación, la tutela y la curatela

La **incapacitación** es una **institución jurídica de protección a las personas**. Incapacitar a una persona significa dotarla de unos medios de protección de los que aparentemente carece. Este carácter protector no puede ponerse en duda y por tanto se debe recurrir a la incapacitación en aquellas ocasiones en las que la persona necesita ayuda, como puede ser el caso de los MTPM.

Algunas personas mayores pueden reunir los requisitos exigidos en el código civil **para ser incapacitadas**: padecer una enfermedad o deficiencia persistente que inhabilite para el autogobierno de la vida. La incapacitación indudablemente será una medida preventiva frente a los malos tratos, por ejemplo, en aquellas personas mayores que padezcan un proceso más o menos importante de demencia.

La **capacidad de obrar** es una cualidad jurídica que tiene la persona por el mero hecho de ser mayor de edad y que le permite actuar con autonomía en las relaciones jurídicas. Esta cualidad nos otorga el pleno ejercicio de los derechos y por ella, la persona puede obligarse en derecho comprando una casa, firmando una hipoteca, contrayendo matrimonio, etc.

Pues bien, la incapacitación, que solamente la puede decretar un juez, y en razón de unos requisitos inexcusables, no es otra cosa que la disminución o anulación de la capacidad de obrar y priva a la persona de la posibilidad de ser sujeto activo en las relaciones jurídicas.



80



Las funciones de las que es privada la persona por la incapacitación judicial se atribuyen, por designación judicial, al tutor.

Es **tutor** aquel que representa y cuida de la persona y /o de los bienes de un incapaz en beneficio del propio incapaz, por mandato judicial y bajo control del propio juez.

Los profesionales deben tener en cuenta que la incapacitación y la designación de un tutor por parte del juez, puede evitar que otras personas causen daños y que se produzcan determinados tipos de malos tratos, por ejemplo financieros, en las personas mayores con trastornos cognitivos.

El código civil establece una **prelación a la hora de designar tutores**, pero cada vez, con mejor sentido del beneficio del tutelado, se tiende más a designar a la persona que haya estado ejerciendo una protección de hecho en relación con la persona a tutelar. En caso de que haya denuncias por MTPM se deben poner en conocimiento del juez, para que en ningún caso pueda recaer la designación del tutor en un presunto responsable de malos tratos.

Es conveniente también saber que para las personas que carecen de familia y amigos, y también para otros casos, existen Agencias de Tutela y Fundaciones Tutelares de personas mayores, que vienen ejerciendo las funciones de tutoría en las Comunidades Autónomas.

El expediente de incapacitación tiene que ser tramitado por un abogado en ejercicio, el cual comparece asistido por un procurador. La incapacitación termina con una sentencia, previa celebración de un juicio oral en el que es imprescindible contar con el examen del presunto incapaz por el médico forense y en el que el propio juez debe tomar contacto con la persona a la que va a incapacitar.



Puede solicitar la **incapacitación** cualquier persona que conozca el caso. Lo correcto, si existe familia, es contar con ella, instándola a que sea un miembro familiar quien presente este escrito y designe abogado, si bien esto no deja de ser una recomendación de buena práctica. Si la familia no lo hace, existe la obligación legal para los funcionarios públicos, moral para otros profesionales, de poner el tema en conocimiento del Ministerio Fiscal. (Ver modelo de solicitud en Anexo 6).

81

En el proceso de incapacitación se puede poner de manifiesto la presunción más o menos fundada de malos tratos y pedir medidas cautelares, que tendrán que ser solicitadas por el abogado encargado de la incapacitación. El juez responderá con carácter de urgencia la petición de medidas cautelares, estableciendo las que entienda que son convenientes.

Existe la posibilidad de que el juez al incapacitar a una persona no le nombre un tutor, sino un curador. El curador es la persona física o jurídica que complementa la capacidad de obrar limitada por un juez en un procedimiento de incapacitación. Lo esencial de **la curatela** es la idea de complemento. El juez no ha privado de la capacidad de obrar, de manera total y absoluta, al incapaz, sino que lo ha hecho, tras un estudio pormenorizado, de aquella parte de la capacidad de obrar en la que presumiblemente el incapaz se va a encontrar con los mayores problemas (por ejemplo, en la administración de un patrimonio complicado), dejando el resto de la capacidad de obrar para que sea manejada por el incapaz.

La figura jurídica de la curatela es un acierto para que las personas no sean limitadas más allá de lo que la propia naturaleza impone, pero es preciso reconocer que crea más problemas al juez y más trabajo en su entorno.



82

- – **Persona capaz:** Persona que está en pleno ejercicio de su capacidad de obrar. No tiene sentencia de incapacitación ni los condicionantes que señala el artículo 200 del Código Civil: enfermedad o deficiencia, de carácter físico o psíquico, persistente, que impide el autogobierno.
- **Persona incapaz:** Mayor o menor de edad que tiene una sentencia de incapacitación (la sentencia explica los límites de la incapacidad)
- **Presunto incapaz:** Persona mayor o menor emancipado, que reúne los condicionantes que se expresan en el artículo 200 del Código Civil, pero que no tiene dictada sobre su persona una sentencia de incapacitación.
- **Tutela:** Institución que confiere a quien la ostenta la representación y cuidado de las personas y de los bienes del incapacitado, bajo la supervisión preceptiva del juez y para beneficio del tutelado.
- **Curatela:** Institución que confiere a quien la ostenta la potestad de complementar los actos de un incapaz previamente determinados por el juez en la sentencia de incapacitación.

Cuadro 5

El curador tiene el mismo estatus que el tutor, aunque lógicamente limitado a aquellos actos sobre los que la sentencia de incapacitación le atribuye competencia. Debe quedar claro que la labor del curador es completar la capacidad de obrar, limitada en la sentencia de incapacitación.

8.2 El Guardador de Hecho

La guarda de hecho forma parte de la regulación del Código Civil como una forma de protección al presunto incapaz que debe ser tenida en cuenta y que tiene efectos civiles.



Se denomina “guardador de hecho” a quien ejerce sobre un **presunto incapaz** una acción protectora similar a la que realiza un tutor sobre un incapaz. La figura del guardador de hecho puede servir para evitar situaciones conflictivas en relación con los malos tratos y sobre todo como punto de referencia e interlocución en la protección de las personas mayores.

83 ●

El guardador de hecho tiene que ser un referente fijo, no cambiante, y conviene tenerlo predeterminado para todo tipo de relaciones profesionales. Es conveniente determinar y conocer si el guardador de hecho es el hijo mayor o el menor, la hermana o la sobrina, todo ello en razón de quien es la persona que realmente se ocupa del cuidado de la persona mayor presuntamente incapacitada.

Si surgen problemas, conviene reconvertir la figura del guardador de hecho en tutor, previa incapacitación de la persona y propuesta al juez de la persona que parece más adecuada para ser tutor. Esta propuesta no vincula al juez, pero suele aceptar como bueno el hecho de que sea tutor quien haya estado cuidando previamente a la persona incapacitada.

8.3 Sucesiones y Herencias

Existe también la posibilidad de tomar alguna medida relacionada con la distribución de la herencia, no tanto para evitar los malos tratos, como para favorecer el buen trato.

Es conveniente que los profesionales conozcan todo lo relativo a sucesiones y herencias para entender adecuadamente la distribución que se puede hacer de los bienes de la persona mayor presuntamente maltratada.



84



En este tipo de medida, a diferencia de la anterior, es necesario que la persona mayor tenga plena capacidad de obrar -no esté incapacitada legalmente, ni de hecho- para poder redistribuir su herencia de acuerdo a los comportamientos de sus herederos legítimos forzosos o no forzosos, siempre de acuerdo con las obligaciones que impone la ley.

8.4 Autotutela y Patrimonio protegido

La ley 41/2003 de 18 de noviembre de protección patrimonial de las personas con discapacidad, contiene algunas modificaciones del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil que también conviene conocer.

La primera y principal es la introducción en todo el territorio del Estado español de la figura de la autotutela, modificando el artículo 223 del Código Civil, al que se le ha añadido que cualquier persona con capacidad de obrar, en previsión de ser incapacitado posteriormente, podrá adoptar, en documento público notarial, cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor.

El artículo 11 de la norma referenciada posibilita a la persona para elegir quien quiere que le tutorice, decida por él, le cuide y le proteja, si llegado el momento se encuentra inmerso en una situación de imposibilidad de tomar decisiones. Esta elección, hecha a tiempo y con la suficiente mesura, puede evitar situaciones familiares controvertidas y prevenir situaciones en las que puedan darse los malos tratos.

8.5 Otras futuras medidas

Será recomendable hacer un seguimiento del desarrollo de la "Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de



Género”, recientemente aprobada, porque va a tener aplicación directa a las mujeres mayores e indirecta y por analogía, a todas las situaciones de malos tratos.

Asimismo, es presumible que la próxima “Ley de Protección a las Situaciones de Dependencia” pueda contemplar también algún tipo de medidas que en su momento, deberán ser examinadas.

En el Anexo 5 pueden consultarse algunas de las disposiciones legales tratadas en éste capítulo.

DETECCIÓN

¿CÓMO DETECTAR LOS MALOS TRATOS?

1. BARRERAS PARA LA DETECCIÓN

No resulta fácil detectar un fenómeno que en muchas ocasiones permanece **oculto**, escondido por los propios protagonistas del mismo. Y sin embargo, la detección de los malos tratos a personas mayores (MTPM) es una **necesidad** y, además, una responsabilidad profesional.

De forma general, se han descrito diversos elementos que suelen dificultar la labor de detección: la falta de precisión en la definición de los MTPM, los diferentes puntos de vista e intereses entre profesionales o grupos sociales ante esta realidad, el entorno en el que se realiza la detección o la escasa formación de los profesionales asistenciales en este tema.

Los profesionales deben ser conscientes de que seguramente se enfrentarán a ciertos obstáculos que pueden interferir la detección y que actúan como “barreras” con las que es preciso estar familiarizados para poder reconocerlas y superarlas cuando estén presentes.

Estas barreras pueden provenir de las mismas personas mayores que son víctimas, de los responsables de los malos tratos, de los propios profesionales o de la sociedad en general.

1.1 Barreras por parte de la persona mayor víctima de malos tratos

- **No reconocer la existencia de malos tratos.** La negación es una de las barreras más comunes y frustrantes para la detección y la información de los MTPM. La víctima se muestra reticente a admitir que se están produciendo malos tratos y a reconocer la situación que padece.



Entre las razones que pueden explicar esta conducta destacan las siguientes:

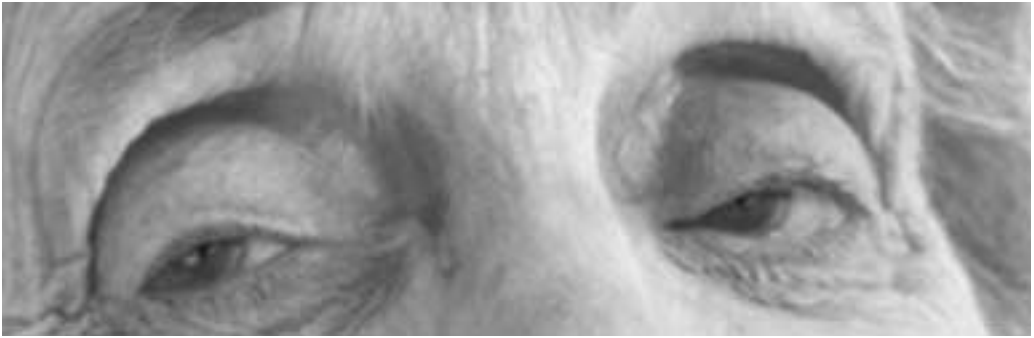
- **Temor de la víctima a posibles represalias**, a que los malos tratos aumenten en intensidad, a ser institucionalizada, a que si lo cuenta no le dejen ver a sus nietos, a que se le atienda peor en la institución si denuncia malos tratos, etc.
- **Temor** a que, al revelar la existencia de malos tratos, **la persona responsable** de los mismos (normalmente, un hijo o una hija) **tenga problemas** por ello. La víctima puede ocultarlo aunque su vida corra peligro.
- **Sentimientos de culpa**. Las víctimas pueden culparse, incluso, de la conducta del responsable de los malos tratos, al pensar, por ejemplo, que si hubiesen sido mejores padres, esta situación no habría tenido lugar; o que con su comportamiento son responsables de la situación que se ha generado.
- **Vergüenza**. La víctima puede tener sentimientos abrumadores de vergüenza por no ser capaz de controlar la situación en la que se encuentra, o porque alguien se pueda enterar de lo que está ocurriéndole y afectar a la reputación del resto de la familia.
- **Chantaje emocional** por parte de la persona responsable de los malos tratos. Por ejemplo, ésta puede suplicar a la víctima que no descubra los malos tratos: *“Si me quisieras, no lo harías”*.
- **Pensar que si lo cuentan a alguien no les va a creer**.
- **Sufrir deterioro cognitivo**. La víctima puede ser incapaz de informar de la situación en la que se encuentra debido a la presencia de problemas de memoria, de comunicación, etc.
- **No ser consciente de estar siendo maltratado**, ni de sus derechos, o desconocer los servicios disponibles para garantizar los mismos.



- **No saber a quién llamar** o en quien confiar, o tener sensación de indefensión y pensar que nadie puede hacer nada para ayudarle.
- **Creer que buscar ayuda supone admitir el fracaso** y tener que aceptar que las cosas no van como “deberían” ir.
- **Estar socialmente aislado**. Independientemente de las causas del aislamiento, la persona mayor que está aislada tiene muchas menos oportunidades para buscar ayuda o para ser identificada como una persona que necesita ayuda.
- **Depender del cuidador**. Resulta difícil quejarse de la persona que atiende la mayor parte de sus necesidades diarias.
- **No ser consciente de los recursos disponibles** o creer que los recursos no son los adecuados.
- **Aceptar los malos tratos como algo normal** debido a que lleva toda la vida expuesto a ellos.

1.2 Barreras por parte del responsable de los malos tratos

- **Negación**. La persona responsable de los malos tratos, al igual que la víctima, niega su existencia.
- **Aislamiento**. Puede intentar impedir que la víctima tenga acceso al sistema sanitario o a los servicios sociales para evitar que los profesionales detecten los malos tratos.
- **Temor al fracaso**. Al igual que la víctima, el responsable de los malos tratos puede creer que si admite la existencia de la situación y busca ayuda, estará aceptando que las cosas no van como “deberían” ir y que ha fracasado.
- **Rechazo a cualquier forma de intervención**, una vez que la persona ha sido identificada como responsable de los malos tratos.



1.3 Barreras por parte de los profesionales

- Carecer de la formación o del entrenamiento adecuado para identificar correctamente los signos e indicadores de malos tratos, manejar estos casos, conocer los procedimientos adecuados a la hora de informar de un posible caso de MTPM o saber dónde acudir para conseguir ayuda.
- No disponer de protocolos para la detección, evaluación e intervención ante casos de MTPM o de una buena coordinación para trabajar en equipo.
- No tener los medios adecuados para diagnosticar de forma diferencial los malos tratos cuando las personas mayores se presentan con lesiones y traumatismos o cuando ingresan por problemas de deshidratación, malnutrición, hipotermia o caídas.
- Asumir que la familia siempre proporciona apoyo y buenos cuidados a la persona mayor. Aunque esto es cierto en la mayor parte de las situaciones de cuidado, esta idea ha impedido que los profesionales examinen detenidamente posibles situaciones abusivas.
- Incredulidad. Les cuesta creer que entre los pacientes que ellos tratan existan estas situaciones.
- No disponer de claras directrices acerca de la confidencialidad en situaciones de malos tratos.
- Temor a que la persona responsable del posible maltrato aumente su ira hacia la persona mayor y tome represalias contra ella, o a poner en peligro su relación, como profesional, con la persona mayor o con su familia. Pensar *"si interfiere va a ser peor"*
- No querer verse involucrado en cuestiones legales.
- Desconocer los recursos disponibles.



- Sentir impotencia ante las escasas posibilidades de intervención y de utilización de recursos cuando los considera necesarios.
- Mantener actitudes edaístas.
- Tener una escasa concienciación sobre el tema de los MTPM.
- No disponer del tiempo necesario, ni de la intimidad deseada para la realización de una evaluación minuciosa de un posible caso de malos tratos.
- Mantener determinadas actitudes, tales como:
 - **Ambivalencia**: pensar, *por ejemplo*: “Los asuntos familiares son privados”.
 - **Reticencia** a enfrentarse a un punto de vista desagradable de la vida familiar.
 - **Tendencia a culpar**, en cierta medida, a la persona que está siendo maltratada: “Cuidar de una persona mayor es realmente duro. Los mayores deberían cooperar más”
 - **Creencias** acerca de que, si quisiera, la víctima podría salir de esa situación por sí misma; o bien que las personas responsables de malos tratos son sólo personas mentalmente enfermas.
 - Tendencia al **corporativismo** y a relativizar los MTPM disculpando al compañero desde argumentos como “un mal día”, “sobrecarga asistencial” o un latente “hoy por tí, mañana por mí”.

1.4 Barreras sociales o culturales

- **Actitudes edaístas.**

El edaísmo implica actitudes desfavorables hacia las personas mayores, considerando sus derechos como menos importantes que los de otros miembros de la sociedad “más productivos” y, disminuyendo, así, el valor que se les concede.



Podría percibirse, incluso, que las víctimas reciben el trato que merecen, sobre la base de su capacidad para contribuir a la sociedad o al sistema familiar. Estas actitudes no suelen ser explícitas, pero terminan manifestándose en conductas.

- **Insuficiente información y /o sensibilización** sobre los MTPM.

Se producen dificultades para hacer autocrítica y detectar actitudes o conductas que conllevan un alto riesgo de aparición de MTPM.

- **Valores culturales**

Cuando en el seno de una familia surgen conflictos, con frecuencia, se sigue considerando que la mejor forma de manejarlos es dentro del contexto de la propia familia, percibiendo de forma negativa la intromisión de extraños para su solución.

Así, los familiares son reacios a buscar ayuda externa y, por otro lado, los observadores (vecinos, profesionales, amigos) tienden a no entrometerse en lo que “no es asunto suyo”, como si los malos tratos fueran una cuestión privada.

2. INDICADORES DE MTPM

Se han descrito múltiples situaciones, conductas, síntomas o signos que pueden hacernos sospechar la existencia de MTPM.

La propia **queja de malos tratos** por parte de la **persona mayor** es uno de los indicadores más sensible y específico, común a todos los tipos de malos tratos, por lo que hay que prestarle mucha atención.

Ahora bien, un indicador de sospecha es simplemente eso, y no puede convertirse necesaria y definitivamente en un definidor de



malos tratos. Su presencia, por tanto, no confirma la existencia de malos tratos, pero sí debe ponernos sobre aviso y nos obliga a indagar y recabar más información en busca de un diagnóstico que permita la intervención precoz.

95

A continuación se resumen los principales indicadores de MTPM, intentando, aún a riesgo de parecer repetitivos, presentarlos desde distintas ópticas, según varían los actores, el contexto o la tipología.

2.1 ¿ Qué observar?

Determinados comportamientos o conductas de la persona mayor o de sus cuidadores deben hacernos considerar la posibilidad de que se estén produciendo malos tratos.

2.1.1 En la persona mayor posible víctima

- Parece tener miedo de un familiar o de un cuidador profesional.
- No quiere responder cuando se le pregunta, o bien mira al cuidador antes de responder.
- Su comportamiento cambia cuando el cuidador entra o sale de la habitación.
- Manifiesta sentimientos de soledad, dice que carece de amigos, familia, dinero, de medio de transporte, etc.
- Expresa frases que denotan baja autoestima: “no sirvo para nada”, “aquí estoy molestando”, etc.
- Se refiere al cuidador como una persona “con genio” o que frecuentemente está “enfadada”.
- Muestra continuamente excesivo respeto hacia el cuidador.



2.1.2 En el cuidador posible responsable de los malos tratos

- Sufre un importante nivel de estrés o de sobrecarga por los cuidados.
- Intenta evitar que el profesional y la persona mayor interactúen en privado, negándose, por ejemplo, a abandonar la habitación durante el reconocimiento.
- Insiste en contestar a las preguntas que se le realizan a la persona mayor.
- Pone obstáculos para que se proporcione en el domicilio la asistencia sociosanitaria que precise la persona mayor, como puede ser la visita de una enfermera.
- Olvida las citas de la persona mayor con el médico.
- Las expectativas que tiene hacia la persona mayor no son realistas o no posee conocimientos sobre el proceso “normal” de envejecimiento.
- Carece de la formación o capacidad suficiente para cuidar de la persona mayor como, por ejemplo, para dar correctamente la medicación.
- No está satisfecho con el hecho de tener que convivir o cuidar a la persona mayor.
- Muestra un escaso autocontrol, está a la defensiva, se observa negación, etc.
- Parece estar más preocupado por un problema particular de la persona mayor que por la salud, en general, de la misma.
- Es verbalmente abusivo o por el contrario, extremadamente atento o encantador con la persona mayor o el profesional.
- Se muestra excesivamente “controlador” de las actividades que la persona mayor realiza de forma cotidiana.



- Intenta convencer a los profesionales de que la persona mayor no es competente o está “loca”.
- Culpabiliza al mayor con frases como *“mi padre se orina encima para fastidiar... que le conozco”*
- Está excesivamente preocupado por los costes de determinadas necesidades de la persona mayor (prótesis dentales, audífonos, etc.)

2.1.3 En la interacción entre persona mayor y cuidador

- Cuentan historias incongruentes, contradictorias o extrañas acerca de cómo ha ocurrido un determinado hecho.
- Se observa una relación conflictiva entre el cuidador y la persona mayor, con frecuentes discusiones, insultos, etc.
- Recientemente ha habido conflictos o crisis familiares.
- El cuidador se muestra hostil, enfadado o impaciente durante la visita y la persona mayor está agitada o demasiado tranquila y pasiva en su presencia.
- La relación entre ambos es de indiferencia mutua.

2.2 Indicadores generales de sospecha de MTPM

2.2.1 En la anamnesis

- Retraso en la solicitud de asistencia sanitaria.
- Antecedentes de fracturas, lesiones, infecciones urinarias o episodios de insuficiencia cardíaca frecuentes.
- “Propensión” a tener accidentes.
- Desconocimiento o no seguimiento de la pauta farmacológica.
- Sobredosis de psicofármacos.



- Uso frecuente de los servicios de urgencias.
- Acompañamiento por una persona diferente al cuidador, o falta de colaboración de éste.
- Confusión, temor, ansiedad.

2.2.2 En la exploración física

- Deshidratación, desnutrición.
- Quemaduras, contusiones, hematomas, fracturas.
- Úlceras por presión.
- Incontinencia de esfínteres.
- Alteraciones del sueño o del habla.
- Escasa higiene o ropa inadecuada.

2.2.3 En el domicilio

- Entorno diferente para la persona mayor y el resto de las personas con las que convive. Aislamiento físico o psíquico.
- Reticencia y dificultades para que intervengan los profesionales.
- Aunque no se utilicen en ese momento, se aprecian utensilios de contención física (correas, cuerdas, etc.).

2.2.4 En las instituciones

- Uso excesivo de psicofármacos.
- Medidas de contención físicas.
- Tendencia a la obstinación diagnóstica y /o terapéutica.
- Negación de asistencia o limitación de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos por razones de edad.



- Utilización de forma innecesaria de medidas que anticipan o aumentan la dependencia (sillas de ruedas, pañales, dar de comer, etc.).
- Despersonalización de la asistencia.
- Infantilización en el trato.
- Escaso cuidado en respetar la intimidad de la persona mayor.
- Rigidez en las normas y horarios de visitas, comida, descanso, etc.
- Disponer del dinero de la persona mayor competente sin su consentimiento explícito.

99

2.3 Indicadores de MTPM según tipología

2.3.1 Malos tratos físicos

- Cualquier lesión incompatible con el relato o que no ha sido tratada correctamente.
- Cortes, laceraciones, heridas punzantes. Magulladuras simétricas.
- Fracturas múltiples.
- Hematomas o eritemas en la piel en distintos estadios de evolución.
- Lesiones en zonas escondidas del cuerpo.
- Déficit de higiene cutánea. Ropa o cama sucias.
- Pérdida de peso no explicable.
- Quemaduras por cigarrillos, estufas, cáusticos, fricción de objetos, etc.
- Errores reiterados al dar la medicación. Sospecha de supra o inframedicación.
- Alopecia parcheada.
- Cambios inesperados del comportamiento.



2.3.2 Malos tratos de tipo sexual

- Hematomas en las mamas o áreas genitales.
- Infecciones genitales o venéreas inexplicables.
- Sangrados vaginales o anales inexplicables.
- Sangre o manchas en la ropa interior.
- Comportamiento sexual desinhibido.
- Queja de asalto sexual o violación.

2.3.3 Malos tratos psicológicos / emocionales

- Sensación de desamparo. Búsqueda de atención y afecto.
- Deliberado aislamiento de sus relaciones sociales.
- Queja de que no cuentan con ella para tomar decisiones.
- Vacilaciones para hablar abiertamente.
- Relato de historias "imposibles".
- Confusión o desorientación.
- Ira hacia o miedo de extraños, cuidadores, etc.
- Depresión. Baja autoestima.
- Agitación.
- Cambio de carácter cuando está presente el posible responsable de los malos tratos.

2.3.4 Malos tratos económicos / financieros

- Pérdida inexplicable de dinero, cheques, etc.
- Firmas que no se parecen a la de la víctima o de personas que no saben o no pueden escribir.



- Cambios o recientes realizaciones de testamentos, transmisión de poderes, etc, cuando la persona mayor no es capaz de tomar decisiones.
- Desconocimiento de la persona mayor de su estado económico, preocupación por el mismo.
- Inusitado interés del cuidador por hacerse cargo de la persona mayor.
- Queja de la persona mayor de que le tocan sus efectos personales sin autorización. Desaparición de joyas, etc.
- Falta en el domicilio del confort que se consideraría adecuado a su nivel socioeconómico.

2.3.5 Abandono / Negligencia

- Queja de abandono.
- Suciedad, olor a heces u orina.
- Erupciones en la piel no tratadas. Pediculosis.
- Úlceras por presión.
- Malnutrición o deshidratación.
- Enfermedades no tratadas. Mal cumplimiento terapéutico.
- Deterioro progresivo de la salud sin causa evidente.
- Número de medicamentos excesivo o insuficiente en relación con los problemas de salud que presenta la persona mayor.
- Condiciones de inseguridad o presencia de barreras arquitectónicas en el domicilio.
- Vestido inadecuado.



- Dejar sola a una persona mayor en un hospital u otro centro sanitario.
- Dejar sola durante largo tiempo a una persona mayor impedida en su domicilio.

3. INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN

Se han desarrollado diversos instrumentos dirigidos a la detección de malos tratos (Anexo 1).

La utilización de estos cuestionarios como cribado puede conllevar diversos riesgos, como el de culpabilizar a personas mayores y familiares, siendo exigible que reúnan una alta sensibilidad y especificidad.

Por otra parte, se precisa que sean sencillos, no consuman excesivo tiempo en su realización, que puedan ser usados por cualquier tipo de profesional y que se adapten al contexto sociocultural en el que se van a utilizar.

En la actualidad no existen instrumentos válidos, suficientemente sensibles y específicos para la detección de los malos tratos en personas mayores, ni tampoco evidencias científicas que permitan aconsejar o rechazar su utilización como cribado en los exámenes periódicos de salud de las personas mayores.

Diferentes asociaciones científicas aconsejan **estar alerta ante la aparición de indicadores de malos tratos**, tratando de identificarlos precozmente mediante la **exploración y la entrevista** con la persona mayor, dando prioridad a aquellas personas que presentan factores de riesgo o situaciones de mayor dependencia y vulnerabilidad.



4. SUGERENCIAS PARA ROMPER LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN CON LA POTENCIAL VÍCTIMA DE MTPM

103

La observación de la presencia de indicadores de MTPM nos debe llevar a poner a punto **estrategias** para romper las potenciales barreras de comunicación con la persona mayor (cuando la comunicación es posible) y así poder acceder a información relevante de cara a detectar la existencia o no de malos tratos.

Los profesionales que prestan atención comunitaria, tanto desde los Centros de Atención Primaria como desde los Centros de Servicios Sociales, ocupan una situación privilegiada para observar a las personas mayores y a sus familias de forma regular y continuada, por lo que nos parece que –aunque no sólo para ellos– se hace necesario promover la formación práctica en estas estrategias.

Es importante recordar que, en estos momentos iniciales, el objetivo va a ser fundamentalmente desbloquear las barreras y generar un ambiente de seguridad, no amenazante, que posibilite que la persona pueda expresar lo que está viviendo. Sirvan aquí algunas recomendaciones:

4.1 Principios claves para la interacción

- **Adaptar el lenguaje** al nivel cultural de la persona mayor, de forma que sea claro y comprensible, para que ésta entienda la información relevante que se pretende transmitirle y para que vea factible la posibilidad de comunicación.
- **Propiciar un ambiente relajado**. Cuidar en lo posible el lugar de la entrevista, los tiempos disponibles, la ausencia de interrupciones, etc.



- **No juzgar** las opiniones, creencias o pensamientos de la persona mayor.
- **Establecer una relación empática** (ponerse en el lugar del otro). La persona mayor se sentirá más comprendida, no se verá criticada y podrá vivenciar que lo que a ella le preocupa también es importante para el profesional, dándose así el primer paso para facilitar una relación de ayuda.

4.2 Estrategias formales para la entrevista

Influyen positivamente en iniciar, mantener y promover la participación de la persona mayor en la entrevista. En el cuadro 6 se presenta un resumen de las técnicas de escucha más importantes para poner en marcha estas estrategias.

- Mantener una **postura relajada** y un poco inclinada hacia delante.
- Mantener el **contacto visual** con la persona mayor.
- **Cuidar** otros aspectos de **la comunicación no verbal** como la apariencia, la expresión facial o el tono de voz.
- **Mostrar atención** –diciendo, por ejemplo: “sí”, “entiendo”, “comprendo”– tanto a lo que la persona mayor expresa, como a lo que nos da la impresión que calla.
- Mostrar una **actitud tranquila**, tanto en el momento de la realización de las preguntas (utilizando un tono de voz sereno, sosegado, bien modulado, evitando parecer sorprendido o enfadado), como ante las respuestas de la persona mayor, independientemente de lo que ésta relate.
- **Repetir alguna idea** expresada por la persona mayor, con las mismas palabras que ella utilizó o con las suyas propias, para com-

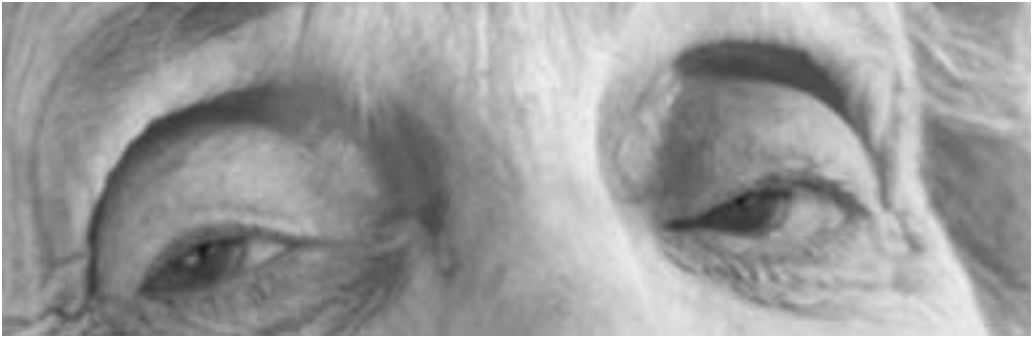


prenderla mejor y para que el paciente perciba que a usted le interesa lo que le está contando (técnicas de *reflejo* y *paráfrasis*).

- **Realizar una síntesis final** del discurso de la persona mayor para comprobar si la información es correcta y demostrar que ha estado escuchándola. Esta síntesis también puede servir para redirigir la conversación hacia la búsqueda de información más relevante (técnica de *síntesis*).
- **Formular preguntas** que comiencen con *¿Cómo es que...?* Son más productivas que las que comienzan con *¿Por qué ...?* ya que es más probable que éstas últimas se perciban como acusatorias, lo que puede provocar que la persona mayor reaccione poniéndose a la defensiva.

4.3 Contenidos básicos que pueden expresarse en la entrevista

- **Asegurar la confidencialidad** de la información que le están proporcionando:
 - *Me hago cargo de que lo que me está comentando es muy personal. Le garantizo que, si usted lo desea, esta información quedará entre nosotros.*
- Utilizar preguntas abiertas y generales, del tipo *¿Qué es lo que más le preocupa...?* para posibilitar la apertura. Es importante contextualizarlas:
 - *Usted me ha demandado venir a su casa para ver si podemos gestionar ayudas para que puedan arreglar el baño y facilitar su acceso al mismo. No dude que vamos a mirar qué posibilidades hay. También hemos visto que se pasa muchas horas solo,*



sin la presencia de su familia y sin poder levantarse de la cama. ¿Qué es lo que más le preocupa a este respecto?

- Conectar lo que a él le **preocupa subjetivamente** con lo que se **objetiva** como **problemático** –posiblemente los malos tratos– desde una óptica profesional. Nos permitirá ir construyendo un mismo camino:
 - *Esa preocupación que usted me expresa –que cada vez tiene más dificultades para valerse por sí mismo– me sugiere lo difícil que tiene que ser depender de alguien que no es directamente de su familia, como puede ser en su caso su nuera, para las cuestiones relacionadas con su higiene.*
- Utilizar preguntas abiertas, algunas más generales y otras más específicas, con respecto a **la relación con el potencial responsable de los malos tratos**. Hacer preguntas que ayuden a crear un clima de escucha y confianza:
 - *¿De qué suele hablar con su hijo cuando éste no tiene que ir a trabajar los fines de semana?*
 - *¿Qué cree usted que opinan los auxiliares o los enfermeros de la planta sobre sus dificultades para mantener el pantalón limpio? Me interesa mucho conocer su opinión y también cómo lo puede estar viviendo.*
- **Validar el derecho que tiene a sus sentimientos**, especialmente a sus **miedos**:
 - *Desde luego uno tiene todo el derecho a quejarse y a estar triste cuando los hijos responden de una manera tan sorprendente...*
 - *Entiendo que esté preocupado por no poder disponer de sus rentas y que tenga miedo a que, cuando usted las necesite, no estén disponibles.*
- Identificarse uno mismo como alguien que **pretende ayudar y apoyar** a la persona mayor, más allá de explorar su sintomatolo-



gía (sea médica, social, etc.). Expresar, en ese sentido, la disponibilidad de apoyo:

107 ●

- *Evidentemente tenemos que ver qué podemos hacer con esos problemas que tiene para respirar. Eso es muy importante. Aquí estamos para ayudarle en lo que esté en nuestra mano. Si hay alguna otra cosa que le preocupe especialmente, no dude en comentárnoslo. Estamos a su disposición.*
- No entrar en juicios de valor sobre las personas y, a la par, mostrar **sensibilidad ante las necesidades de todos** los miembros de la familia.
 - *Realmente estamos ante una situación difícil. En primer lugar y, sobre todo, para usted, pero también supongo que para algunos de sus familiares, al menos para los más frágiles...*

Si conseguimos superar las barreras para hablar y comunicarnos sobre algo tan específico y tan duro, será mucho más fácil continuar con la búsqueda de información que nos permita confirmar los malos tratos y con la posterior dinámica de resolución de problemas.

TÉCNICAS DE ESCUCHA

HABILIDAD	DEFINICIÓN	OBJETIVO
Aclaración	Una pregunta que empiece por: "¿Quiere decir que...?" "¿Está diciendo que...?"	<ul style="list-style-type: none"> – Comprobar la precisión de lo que hemos entendido. – Favorecer la elaboración del mensaje por parte de la posible víctima. – Aclarar los mensajes vagos o confusos.
Repetición (paráfrasis)	Repetición del contenido del mensaje (con otras palabras).	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a la posible víctima a centrarse en el contenido de su mensaje. – Subrayar el contenido cuando la atención a los sentimientos es prematura.
Reflejo	Repetición de la parte afectiva del mensaje.	<ul style="list-style-type: none"> – Animar a la posible víctima a expresar, conocer y manejar sus sentimientos. – Ayudarle a ser más consciente de sus sentimientos. – Ayudarle a discriminar entre sus sentimientos con mayor precisión.

TÉCNICAS DE ESCUCHA

HABILIDAD	DEFINICIÓN	OBJETIVO
Resumen (síntesis)	Son dos o más repeticiones o reflejos que condensan los mensajes de la posible víctima.	<ul style="list-style-type: none"> – Enlazar los múltiples elementos del mensaje. – Identificar un tema o modelo común. – Interrumpir la excesiva ambigüedad. – Resumir el progreso.
Autorrevelación	Información que el profesional transmite a la posible víctima sobre sí mismo.	<ul style="list-style-type: none"> – Reducir la distancia emocional entre el profesional y la posible víctima. – Aumentar la confianza y la empatía.
Comunicación no verbal	<ul style="list-style-type: none"> – Mantener contacto visual. – Tono de voz audible y suave. – Postura relajada pero atenta. – Orientación hacia el interlocutor. Ligera inclinación hacia delante. – Distancia adecuada: ni muy lejos ni muy cerca. – Expresiones faciales congruentes con el mensaje del interlocutor; uso frecuente de la sonrisa. – Gestos suaves que subrayan el contenido del mensaje. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aumentar la confianza y la <i>empatía</i> y favorecer, por tanto, la relación entre el profesional y la posible víctima.

CAPÍTULO 5

¿QUÉ HACER CUANDO SE SOSPECHAN MALOS TRATOS?

1. CÓMO Y QUÉ EVALUAR ANTES DE ACTUAR

113

Si se han detectado indicadores de malos tratos, ante la sospecha razonable de que la persona mayor puede estar siendo maltratada o sufriendo negligencia o abandono, es recomendable llevar a cabo una **evaluación pormenorizada** de la situación de la posible víctima, idealmente realizada por un equipo multidisciplinar, que incluya aspectos médicos, psicológicos, sociales, etc. El objetivo de esta evaluación será la **búsqueda de pruebas** que confirmen o no nuestras sospechas.

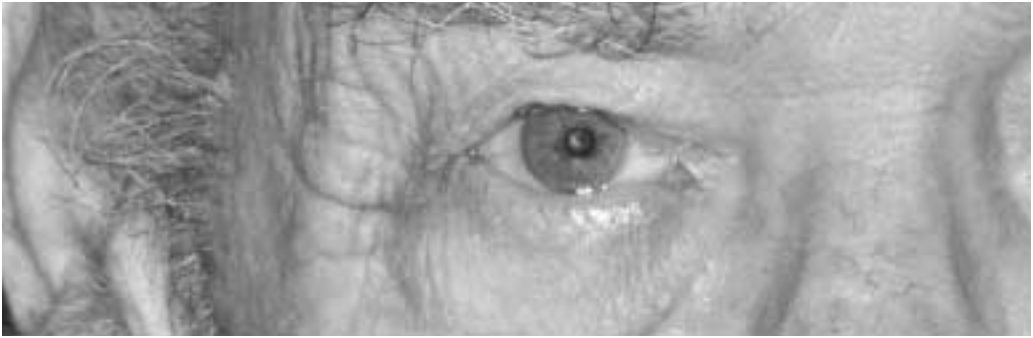
La evaluación puede ser realizada en una sola sesión o de forma gradual durante un tiempo, en función de cómo sea su relación con la familia, el nivel de cooperación que demuestre ésta, si considera que la persona mayor corre un grave peligro, etc. En este último caso, la evaluación deberá ser realizada lo más rápidamente posible, para intervenir cuanto antes.

Es preferible que **la sospecha sea planteada en primer lugar a la presunta víctima**, y establecer con ella cómo hacer la evaluación.

La evaluación debe incluir, además de a la posible víctima, a la persona de la que se sospecha que está infligiendo los malos tratos y a otros familiares, amigos o profesionales, con el fin de conocer su entorno y la dinámica familiar.

Es importante observar el comportamiento y la **comunicación verbal y no verbal** de la posible víctima y del responsable de los malos tratos, así como la interacción entre ambos (ver capítulo 4).

Es posible que el presunto responsable de los malos tratos intente dificultar el contacto de los profesionales con la persona mayor, o



negarse a salir de la habitación durante la evaluación, para evitar ser descubierto. En general, la clave para tener acceso a la persona mayor será la **persistencia y la tenacidad** que muestre el profesional, que en ocasiones, necesitará ser bastante ingenioso para conseguirlo. En el caso de pacientes domiciliarios, es aconsejable realizar visitas no anunciadas con exactitud: "A ver si puedo ir a verles a lo largo de la próxima semana".

La evaluación debe incluir:

- **Realización de un examen físico a la persona mayor**, con el objetivo de identificar las posibles lesiones o condiciones que requieran atención médica. Debe realizarse siguiendo una serie de pautas:
 - Solicitar, previamente, el consentimiento de la persona mayor.
 - Llevarlo a cabo, siempre que sea posible, sin la presencia del cuidador y preferiblemente con otro profesional presente (p. ej. médico y enfermera)
 - Emplear una actitud amable y sensible hacia la posible víctima.
 - Tomarse el tiempo suficiente para que la persona mayor esté cómoda.
- **Valorar el posible deterioro cognitivo** a través de una evaluación neuropsicológica que determine el nivel de comprensión o apreciación de la situación, antes de proponer cualquier intervención.
 - Determinar si el deterioro, en caso de existir, es potencialmente reversible o remediable (medicaciones, depresión, hipotiroidismo u otras causas orgánicas).
 - Si el deterioro se considera irreversible, valorar si es lo suficientemente severo como para impedir que la persona mayor sea capaz de describir la situación o de tomar decisiones.



- Hay que tener en cuenta la posibilidad de que la persona mayor sea competente para algunos aspectos de su vida e incompetente para otros.

- Hay que dar respuesta a preguntas tales como:

¿La víctima aprecia la posibilidad de encontrarse en una situación de riesgo?

¿Tiene la competencia necesaria para solicitar ayuda en caso de necesitarla, o para poner en marcha un plan de seguridad y escapar, si existen malos tratos o son recurrentes?

- **Evaluar el estado emocional** de la posible víctima y del posible responsable de los malos tratos.

- La depresión, vergüenza, culpa, ansiedad, miedo y /o ira, así como determinados estresores, pueden influir significativamente en la capacidad de la presunta víctima para seguir recomendaciones o tomar decisiones.

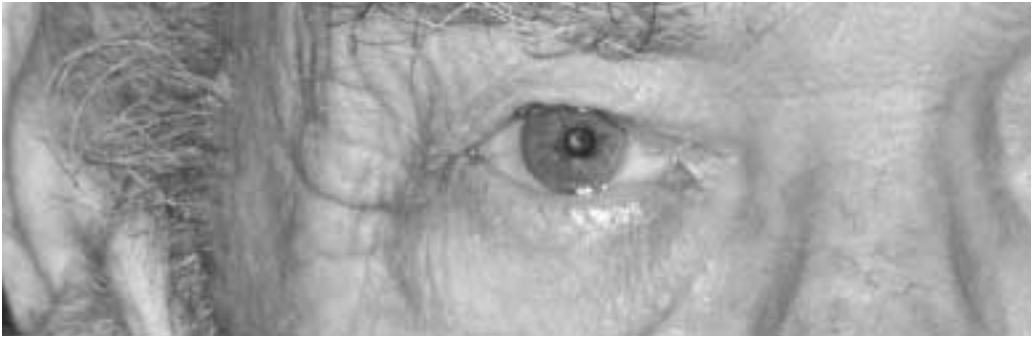
- **Otros aspectos de la evaluación:**

a) Posible situación de emergencia:

- Hay que valorar si la vida de la posible víctima puede estar en peligro, para decidir si es necesario o no llevar a cabo una intervención de forma inmediata o establecer un plan de seguridad.

b) Patrón de los malos tratos:

- Frecuentemente, con el paso del tiempo, los malos tratos aumentan en intensidad y frecuencia.
- Será importante conocer cuándo comenzó la situación y qué la desencadenó, la frecuencia e intensidad con la que se inició, qué hizo la víctima cuando ocurrió y cuáles fueron las consecuencias.



- Si se confirma que los malos tratos están aumentando en frecuencia y/ o gravedad, hay que considerar que la persona mayor está en grave peligro y actuar con rapidez.

c) **Intencionalidad:**

- Se debe intentar determinar si el cuidador tiene intención de hacer daño o no, puesto que va a tener implicaciones significativas en la intervención.

d) **Determinar quién es el sospechoso de malos tratos:**

- Evaluar si hay más de una persona responsable de los malos tratos y quiénes son (grado de relación con la víctima, etc) de cara a la intervención.

e) **Situación dinámica interpersonal:**

- Comprobar si la persona mayor o el cuidador son dependientes (económicamente, por ejemplo) el uno del otro, o si están presentes otros factores estresantes externos como que el cuidador esté desempleado.

f) **Recursos:**

- Comprobar si la posible víctima dispone de recursos y de qué tipo, si le sirven para cubrir sus necesidades básicas, a quién pertenece la casa en la que vive la presunta víctima, si ésta dispone de apoyos emocionales, si tiene familiares o amigos dispuestos a escucharle y ayudarlo en el cuidado si fuese necesario, y, si no es así, cuáles son las causas de ello.

g) **Aspectos de la dinámica familiar:**

- Observar cuáles son sus roles en el cuidado de la persona mayor, cómo es la relación (actual y pasada) entre los miembros de la familia, cuáles son sus valores, etc.



h) Nivel de estrés del supuesto responsable de los malos tratos:

- Su actitud hacia la posible víctima y el cuidado que le proporciona, nivel de comprensión de las necesidades de la persona mayor y de su capacidad real para cubrirlas.

Como puede apreciarse, la sospecha de que se están produciendo malos tratos en una persona mayor va a precisar, de una parte, una buena formación y preparación técnica del profesional, pero además éste necesitará tener habilidades en bioética y comunicación **para afrontar la toma de decisiones**, que generalmente no serán fáciles, y más que nunca, deben **ser prudentes**.

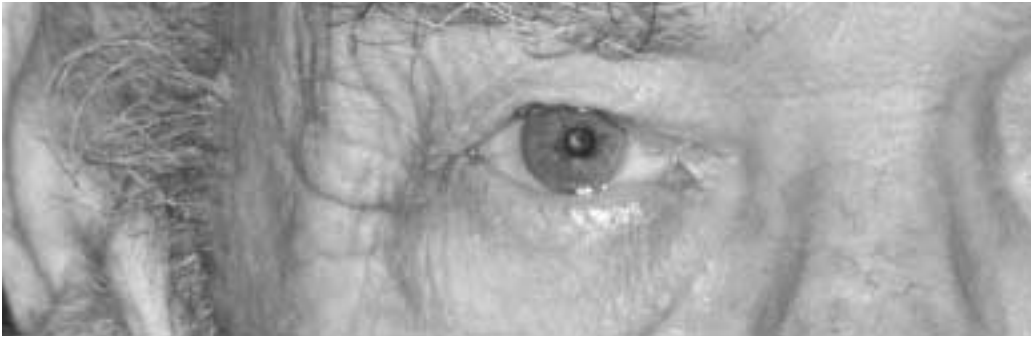
2. CUESTIONES ÉTICAS EN LOS MTPM

2.1 Reflexionar antes de actuar

Actuar ante la sospecha de malos tratos requiere que el profesional haga una reflexión previa sobre su actitud general hacia las personas mayores y examine el talante ético con el que afronta la situación. Parece lógico que antes de intervenir en casos de malos tratos domésticos, **se reflexione sobre la posibilidad de la existencia de malos tratos inflingidos por profesionales o por las instituciones en que trabajan**.

Entre las claves que contribuyen a los casos de negligencia y malos tratos de los profesionales, se han apuntado:

- La actitud negativa ante las personas mayores.
- La falta de comprensión del proceso de envejecimiento.
- La deficiente preparación del personal.
- La falta de oportunidades de promoción de los profesionales.



Parece obvio que ni el vivir en una sociedad gerontofóbica, ni el hecho de no haber recibido formación en estos temas, ni el burnout, pueden justificar algunas actuaciones, máxime cuando hablamos de **profesiones de ayuda** que se eligen libremente y que tienen, por tanto, mayor responsabilidad en los cuidados.

Frecuentemente, los profesionales achacan la falta de respeto a los derechos de las personas mayores –a la intimidad, a la confidencialidad, a ser tratados como adultos, a la libertad de decisión sobre sus acciones como personas adultas, etc.– al sistema social que organiza la vida de las personas mayores, y a la propia organización de las instituciones sociosanitarias. No cabe duda que:

- Defender el derecho de las personas mayores a decidir sobre su propia vida y el modo en que quieren vivirla, requiere, previamente, defender un marco socioeconómico que les permita realmente elegir.
- Defender su capacidad de elección dentro de una institución sociosanitaria implica exigir, no sólo flexibilidad en las normas de la misma, sino el desarrollo de una ética de la institución.
- La denuncia de los abusos y deficiencias en la asistencia que se produzcan por culpa de la institución, es una obligación ética para los profesionales.

Pero esta realidad no justifica que en el día a día nos encontremos con hábitos individuales que deben hacernos reflexionar, como *por ejemplo*:

- *Entrevistas clínicas en las que no se dirige la mirada a la persona mayor sino al acompañante.*
- *Visitas domiciliarias que siempre se dejan para otro día.*
- *Aseo de personas mayores sin dirigirles la palabra.*



Vaya por delante que, en este tema, la primera obligación ética para el profesional será la **formación técnica** en el cuidado de las personas mayores y en la prevención, detección y manejo de los malos tratos.

119

Pero además, el abordaje de los MTPM debe partir de una ética basada en el **respeto y la consideración**, y la actuación ante la sospecha de su existencia, exige compromiso por parte de los profesionales - no basta con no ser negligente, sino que hay que **ser diligente** - y una ética de la **responsabilidad** que analice, tanto los principios morales implicados en un caso concreto, como las consecuencias de las decisiones que se tomen.

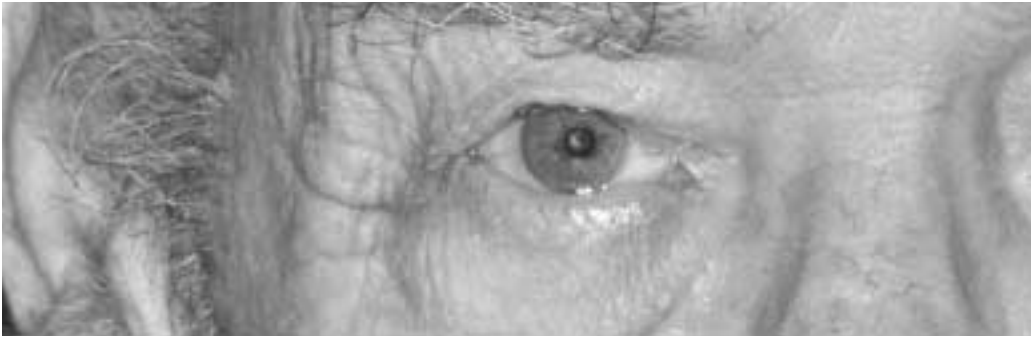
FORMACIÓN – RESPETO – IMPLICACIÓN – RESPONSABILIDAD

2.2 Partiendo de actitudes éticas

Las habilidades son necesarias, pero pueden no ser suficientes para abordar una sospecha de malos tratos.

El profesional se enfrentará a situaciones de difícil diagnóstico, que se dan en un escenario concreto, que precisan un cuidadoso acercamiento a la dinámica familiar o institucional y en las que no siempre encontrará soluciones plenamente satisfactorias, debido a los escasos recursos sociosanitarios y legales disponibles. Precisamente por ello, creemos que las respuestas deben partir de **actitudes éticas**.

Estas actitudes no van implícitas en la obtención de una titulación o en el desempeño de una actividad profesional. De hecho, los malos tratos de los profesionales con las personas mayores existen y por ello merece la pena que cada profesional haga una reflexión sobre su actividad diaria, que junto a la obtención de conocimientos y



habilidades, le ayude a replantearse algunos hábitos. Hay que tener en cuenta que la repetición habitual de actividades y patrones conductuales no garantiza la buena práctica.

Para ello, cada lector puede preguntarse sobre cómo y hasta dónde respeta los principios morales (Cuadro 7) en el día a día. **Los principios éticos son guías generales de actuación** y se consideran todos de obligado cumplimiento mientras no entren en conflicto entre sí.

2.2.1 Principio de No Maleficencia

En la práctica clínica supone no realizar acciones contraindicadas y promover y realizar aquellas que están claramente indicadas, valorando adecuadamente la razón beneficio / riesgo. Tiene una alta exigibilidad moral y **su conculcación implica siempre la realización de malos tratos.**

Junto con el principio de Justicia, marca el mínimo de deberes que deben ser comunes a todos los individuos, definiendo la ética profesional en sus mínimos y la ética pública de una sociedad, y por ello su cumplimiento es exigido también en el Derecho.

La negligencia por omisión de los cuidados que precisa la persona mayor, supone transgredir el principio de No Maleficencia, y es la forma más frecuente de malos tratos en el ámbito profesional. No sólo no existe intención de producirlos, sino que generalmente el profesional no es consciente de haberlos cometido.

Respetar el principio de No Maleficencia supone, *por ejemplo*:

- *No utilizar sedantes para evitar que la persona mayor moleste.*
- *No utilizar sujeciones físicas injustificadas, ante la falta de personal.*
- *No prolongar la vida biológica de la persona mayor con medios extraordinarios o desproporcionados (obstinación terapéutica).*

Principio de No Maleficencia

- Obliga a tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden biológico y psicológico.
- No haga daño a la persona mayor en el orden físico o emocional.
- No maltrate, no abandone a la persona mayor, no sea negligente con ella.
- Realice aquello que está indicado y no realice lo que está contraindicado.

Principio de Justicia

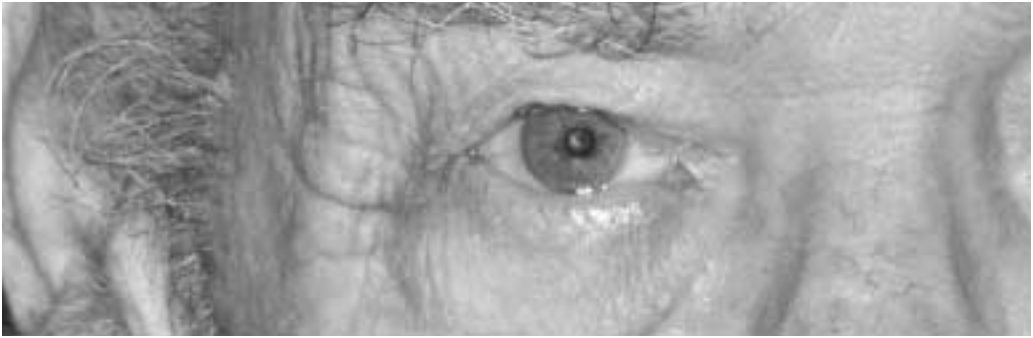
- Obliga a tratar a todas las personas con igual consideración y respeto en el orden social.
- No discrimine a las personas por razón de edad, sexo, raza, etc.
- Promueva la igualdad de oportunidades de las personas mayores.

Principio de Autonomía

- Obliga a considerar que todas las personas son, en principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones sobre lo que afecte a su proyecto vital.
- No confunda la capacidad de la persona mayor para “hacer” con la capacidad para “decidir”.
- No coarte la libertad de las personas mayores: no coaccione, no manipule la información.
- Trate y cuide a la persona mayor con respeto.
- Promueva la autonomía de las personas mayores. Instrucciones previas.

Principio de Beneficencia

- Obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos.
- Respete lo que cada persona mayor entiende como beneficioso para ella. Evite ser paternalista.
- Trate y cuide a la persona mayor con cordialidad. Promueva su bienestar.



122



- *No derivar a personas mayores frágiles a urgencias hospitalarias, sin indicación clara, por falta de implicación de los profesionales en su cuidado.*
- *No colaborar a la claudicación de los cuidadores, culpabilizándoles cuando las cosas van mal.*

Cierto que algunas de estas formas de malos tratos pueden estar favorecidas por normas institucionales, falta de personal, presiones de los cuidadores, etc, pero la responsabilidad última en las actuaciones será siempre de los profesionales.

Podemos preguntarnos:

- *¿Pongo dificultades para acudir a los domicilios de mayores discapacitados?*
- *¿Acostumbro a hacer recetas durante meses /años a familiares sin acudir a ver a la persona mayor?*
- *¿Se realizan en las instituciones los cambios posturales necesarios para evitar escaras?*
- *¿Se evitan intervenciones quirúrgicas indicadas, aduciendo riesgos por la edad?*

2.2.2 Principio de Justicia

Obliga moralmente a que la distribución de los recursos y la accesibilidad a los mismos sea racional y equitativa, no discriminando a nadie por motivos sociales y protegiendo a los más necesitados.

La discriminación de las personas mayores en la asignación de recursos en nuestra sociedad es una realidad de la que se pueden dar múltiples *ejemplos*:

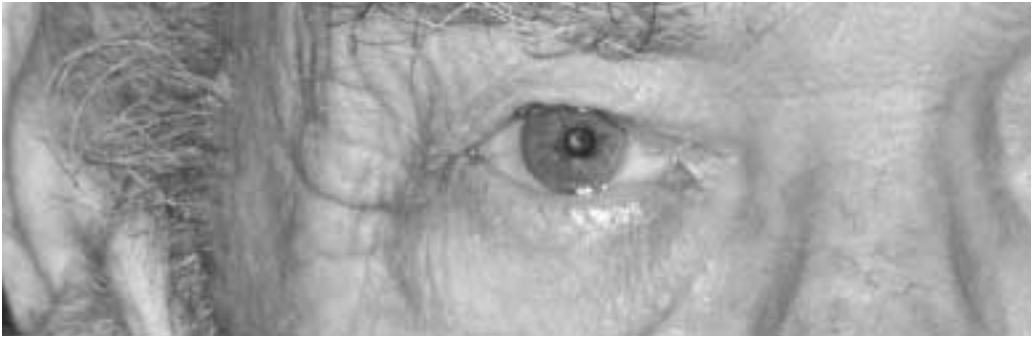


- Escasez de Centros de Día, Residencias, etc.
- Ausencia de casas de acogida específicas para situaciones urgentes de malos tratos.
- Escaso apoyo social y económico a las familias que cuidan a personas mayores con demencia.
- Asignación de usuarios a médicos de atención primaria sin tener en cuenta el porcentaje de personas mayores asignadas.
- Responsabilizar a enfermeras y auxiliares de un número de camas inapropiado.

La distribución de los recursos compete en primer término a políticos y gestores, pero este hecho no significa que los profesionales, paciente, familia y ciudadanos, no tengan responsabilidades en su utilización. Por ello diariamente, los profesionales se encuentran ante la **obligación moral de ser eficientes**.

Podemos preguntarnos:

- Cuando le solicitan atender a una persona mayor con discapacidades, ¿experimenta algún tipo de malestar, contrariedad, etc? ¿Tiene prejuicios? ¿Prefiere atender a pacientes jóvenes?
- ¿Toma decisiones clínicas partiendo de la idea de que la edad contraindica determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos?
- ¿Cómo gestiona el tiempo de asistencia? ¿A qué tipo de pacientes dedica más tiempo?
- ¿Atiende a los usuarios mayores desplazados de la misma manera que a los que tiene asignados en su cupo?
- ¿Procura evitar acudir a casas poco limpias o en las que el aseo de la persona mayor no es el adecuado?
- ¿Se ajusta el personal de planta según las necesidades de los más frágiles o según las protestas de los usuarios más autónomos?



2.2.3 Principio de Autonomía

Respetar la autonomía de la persona mayor significa asumir su derecho a tener opiniones propias y realizar acciones basadas en sus valores y creencias personales, e implica además, la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea realmente autónoma.

Con frecuencia se considera que la persona mayor, por el simple hecho de ser mayor, es poco capaz de decidir sobre lo que quiere en su vida. Esta consideración se acrecienta si la persona mayor tiene cierto grado de dependencia.

Tener una audición o visión deterioradas, una movilidad limitada, menos habilidades manuales, o una comprensión de la información enlentecida, no incapacita a nadie para tomar decisiones sobre los cuidados de salud que desea y sobre su vida misma.

No se respeta la autonomía ni la intimidad de la persona mayor cuando, *por ejemplo*:

- *Se le trata como a un niño.*
- *Se informa directamente a los familiares sin contar con la persona mayor.*
- *Se le amenaza con ingresos en Residencias, etc, si no accede a los deseos de profesionales o cuidadores, o rechaza tratamientos.*
- *Se hacen valoraciones sobre su calidad de vida sin tener en cuenta sus valores.*
- *Se le obliga a ponerse un camisón que no respeta su intimidad.*

Las personas mayores, mientras no se demuestre lo contrario, son autónomas. Esta autonomía puede encontrarse limitada en el marco

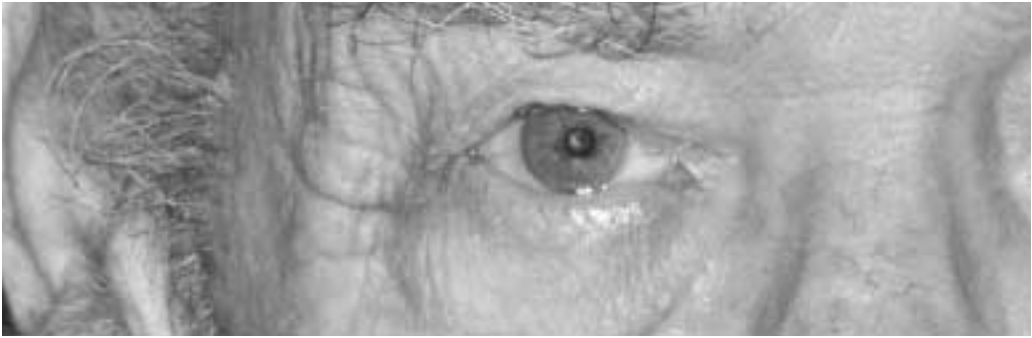


convivencial cuando el respeto a los deseos de las personas mayores choque con los deseos y posibilidades reales de cuidado de los familiares. Será necesario encontrar un grado aceptable de “adaptación” entre los intereses de todos los afectados.

125 ●

La posible intervención ante la sospecha de malos tratos requiere establecer un proceso de **consentimiento informado** con la persona mayor, alguno de cuyos elementos deben ser especialmente cuidados:

- Establecer una **relación de confianza**, mostrando transparencia, estando dispuestos a explicarle y discutir con ella cualquier decisión, con un compromiso de confidencialidad explícito y respetando su intimidad.
- Entablar un **diálogo** abierto que le permita expresar sus miedos. **Escucharle**.
- Dar una información que sea **comprensible**. Adaptar la forma y los contenidos de la información a los deterioros sensoriales que pueda presentar.
- Valorar su **competencia**. Se trata de constatar la presencia o ausencia de ciertas habilidades cognitivas y afectivas.
 - Es obligación del médico responsable del paciente.
 - Se parte siempre de la presunción de competencia.
 - Tener en cuenta que es frecuente que la competencia de las personas mayores sufra fluctuaciones incluso a lo largo de un mismo día, por ejemplo, por estados confusionales.
 - La competencia se determina en relación con la decisión que hay que tomar en cada momento. A mayor riesgo de la decisión, mayor nivel de competencia exigible.
 - Hay que valorar las consecuencias de considerarle incompetente, pues supone negarle el derecho a decidir y que sean



126

otros quienes tomen decisiones sobre ingresos, tratamientos, etc. (Cuadro 8)

- Informar a la persona mayor sobre la posibilidad de cambiar, en cualquier momento, las decisiones tomadas.

La información a las personas mayores sobre la posibilidad de realizar Instrucciones Previas, asesorándoles en la elaboración de estos

DECISIONES POR REPRESENTACIÓN

La decisión debe basarse en una de las siguientes normas, en orden jerárquico:

1) Instrucciones Previas:

- Tener en cuenta las instrucciones dadas por el paciente cuando aún estaba capacitado.
- La Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, habilita en nuestro entorno su realización por escrito.

2) Juicio Sustitutivo:

- Deducir lo que el paciente hubiera deseado decidir en una determinada situación, basándose en el conocimiento de sus valores, conductas o toma de decisiones anteriores ante situaciones similares.
- *¿Cómo valoraba la calidad de vida? ¿Qué hubiera considerado intolerable? ¿Qué pensaba de la pérdida de capacidad, la dependencia, el ingreso en una residencia, etc?*

3) Criterio del mejor interés:

- Las decisiones las tomarán los familiares y profesionales, considerando qué es lo mejor para el paciente.



documentos, debe incorporarse a la práctica diaria de los profesionales, como una forma más de promoción de la autonomía.

127 ●

Cuanto menor sea la dependencia y mayor la posibilidad de elección de la persona mayor, menor será el riesgo de malos tratos. Conocer sus deseos y valores, ayudará a prevenirlos y facilitará la toma de decisiones a los profesionales ante la sospecha fundada de que se están produciendo.

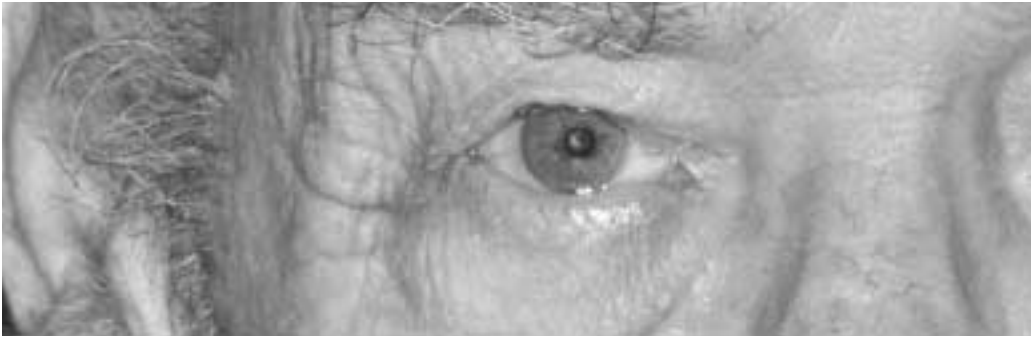
Podemos preguntarnos:

- *¿Considera una pérdida de tiempo informar a una persona mayor que tiene enlentecido su pensamiento ?*
- *¿Desiste de informar a los mayores cuando presentan trastornos de audición, pensando que nunca se enterarán de lo que les dice?*
- *¿Qué peso tienen las opiniones de los mayores a la hora de elegir entre posibilidades terapéuticas, ingresos, etc?*
- *¿Qué credibilidad otorga a la persona mayor cuando se queja y a la opinión del cuidador que le dice que es “un quejica”?*
- *¿Le preocupa promover la autonomía de la persona mayor: estimulación sensorial, Instrucciones Previas, utilización de pañales vs sonda urinaria, etc?*

2.2.4 Principio de Beneficencia

Se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros, ayudándoles a promover sus legítimos intereses y respetando lo que el afectado entienda por beneficioso para él.

Su cumplimiento no podrá ser exigido legalmente, pero como obligación moral, forma parte de la razón de ser de las profesiones sociosanitarias, máxime cuando nos encontramos ante ancianos frá-



giles cuya vulnerabilidad aumenta las obligaciones morales de aquellos de los que se espera que les cuiden.

Su observancia será fundamental en la prevención de los malos tratos. Acciones benéficas pueden ser *por ejemplo*:

- Realizar visitas domiciliarias a personas mayores que no acuden a consulta ni demandan, para conocer su entorno, vigilancia de botiquines, etc, contando siempre con su aceptación.
- Ayudarle a combatir su soledad.
- Promover y practicar fórmulas que faciliten la coordinación de los distintos profesionales que atienden por meses a los pacientes rotatorios (informes, carpetas de seguimiento, etc).
- Informar a los familiares sobre recursos sociosanitarios de apoyo.
- Cuidar al cuidador.

Podemos preguntarnos:

- ¿Qué tipo de relación quiere mantener con los pacientes mayores? ¿Qué grado de implicación tiene en su cuidado?
- ¿Tratar con afecto o "acompañar" a las personas mayores forma parte de su práctica clínica?
- ¿Hasta dónde llega su compromiso con los mayores desplazados rotatorios?
- ¿Está dispuesto a implicarse en el cuidado del cuidador?

La mejor manera que tienen los profesionales de prevenir, detectar e intervenir ante la sospecha de malos tratos a las personas mayores, es mantener una actitud profesional de respeto y promoción de los principios éticos.



2.3 Tomando decisiones

129

Desde una actitud diligente, estando dispuestos a implicarse, en serio, en el bienestar de las personas mayores, respetando sus valores y elecciones, se logrará dar repuestas éticas a la mayoría de los casos en que se sospechen malos tratos.

Sin embargo, en casos concretos se pueden plantear situaciones en las que el profesional se pregunte si la decisión que va a tomar es éticamente correcta. Este dilema surge cuando no es posible cumplir a la vez con los cuatro principios descritos, planteándose un conflicto de valores.

Se trata, al igual que en la clínica, de tomar **decisiones racionales** en situaciones de incertidumbre, sin dejarse llevar por la precipitación o las emociones.

Para ello se hace necesaria la utilización de un método, seguir unos pasos, que nos aseguren que en la decisión tomada se han tenido en cuenta las circunstancias que rodean el caso, los intereses de todos los implicados, los principios éticos enfrentados y las consecuencias previsibles de la decisión.

En el cuadro 9 se esquematiza un procedimiento que puede ayudar a tomar **decisiones prudentes**. Hablando de MTPM, generalmente los casos serán muy complejos y pueden requerir un proceso de **deliberación** en el que participen profesionales de todas las disciplinas implicadas en su resolución, preferiblemente con formación en Bioética y que muestren que “realmente” están interesados en deliberar sobre el caso.

El funcionamiento de Comités Asistenciales de Ética en hospitales, centros sociosanitarios o áreas de atención primaria, no sólo contri-

PROCEDIMIENTO PARA ANALIZAR UN CASO CONCRETO DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO

1. Planteamiento y definición del problema y tipo de malos tratos sospechados.
2. Análisis de los aspectos clínicos del caso:
 - Diagnósticos, pronóstico, posibilidades terapéuticas, cuidados.
 - Factores psicológicos.
 - Descartar que las lesiones, estado nutritivo, psicológico, etc, de la persona mayor formen parte del deterioro producido por la enfermedad o el envejecimiento.
3. Estudio de las circunstancias reales que rodean al caso:
 - Teniendo en cuenta a todos los implicados: Persona mayor, familia, institución y profesionales.
 - Dinámica familiar. Relación persona mayor – cuidadores.
 - Recursos sociales y económicos.
 - Aspectos culturales, creencias.
 - Aspectos legales.
4. Análisis del problema desde los principios éticos, la confidencialidad, la relación clínica, etc.
5. Análisis de cada uno de los cursos de acción viables:
 - Contrastar el curso de acción con los principios éticos implicados en el caso, analizando cuáles se respetan y cuáles quedan dañados.
 - Valorar las consecuencias previsibles, tanto positivas como negativas, en el caso de elegir un curso de acción determinado.
 - Evaluar si a la vista de las circunstancias que rodean el caso y las consecuencias previsibles, tenemos o no razones de peso para hacer una excepción a los principios morales lesionados.
6. Elegir los cursos de acción que parezcan los mejores o los menos malos.
7. Poner en práctica los cursos de acción elegidos, aunque resulte incómodo.

Cuadro 9

buirá a asesorar a los profesionales en la toma de decisiones, sino que puede favorecer la reflexión de éstos sobre los malos tratos inflingidos por los propios profesionales en las distintas instituciones y el establecimiento de directrices que mejoren la calidad de la asistencia cotidiana que se presta en éstas, haciéndola más humana y menos despersonalizada.



3. CONFIRMANDO LOS MALOS TRATOS: SUGERENCIAS PARA LA ENTREVISTA

131

La confirmación de la sospecha de malos tratos dependerá en muchas ocasiones de las entrevistas que se mantengan con la posible víctima (cuando sea posible) y con el presunto responsable de los mismos. Además de las recomendaciones que ya se hicieron en el capítulo 4, seguir algunas pautas puede facilitar la comunicación con los implicados y orientar sobre el tipo de preguntas que se deben o no hacer y cómo hacerlas.

3.1 Para facilitar la comunicación

3.1.1 Hablando con la posible víctima de malos tratos

Qué podemos hacer:

- Siempre que sea posible, se debe entrevistar primero a la persona mayor **en privado**, sin la presencia del cuidador.
- Mostrarse cordial y amable. Si no se tiene previamente, tratar de establecer una **relación de confianza** con la persona mayor y su familia que facilite la recogida de la información necesaria para determinar de qué manera se les puede ayudar.
- Facilitar a la persona mayor la oportunidad de hablar libre y , sin miedo a las represalias. *Por ejemplo:*
“Lo que hablemos quedará entre usted y yo, si así lo desea”.
- Observar atentamente el comportamiento de la posible víctima (**comunicación no verbal**).
- Conversar en tono relajado, sin prisas, procurando que no haya interrupciones (llamadas telefónicas, etc).



- Mostrar **empatía**. Reconocer que la situación debe haber sido difícil para él /ella y dejarle claro que no es culpa suya. Demostrar interés por su caso. *Por ejemplo:*
“Estoy muy preocupado /a por usted”.
- **Repetir las respuestas** dadas por la persona mayor para aclarar lo que usted está entendiendo y permitir a la persona mayor que confirme la comprensión del profesional. *Por ejemplo:*
“Entonces, no se lo ha contado a nadie porque tiene miedo de que su hijo pueda enfadarse con usted, ¿no es así?”.
- **Ser específicos**. *Por ejemplo:*
“He visto que tiene un moratón en el brazo”.
- **Mostrar sensibilidad** hacia sus sentimientos. *Por ejemplo:*
“Entiendo que le resulte duro hablar de sus problemas personales”.
- Animarle a que tome sus **propias decisiones** explorando los recursos reales que tiene para llevarlas a cabo. *Por ejemplo:*
“¿Le gustaría que hablásemos sobre las posibilidades que tiene para hacer eso que dice?”.
- Mostrar **disposición para ayudarlo** a encontrar otros apoyos profesionales si fueran necesarios.

Qué no debemos hacer:

- **Sugerirle respuestas** a las preguntas que se le realizan.
- **Presionar a la persona mayor** para que responda a preguntas que, de forma voluntaria, no quiere responder, *como:*
¿No cree usted que deberíamos hablar de una vez por todas de la relación que mantiene con su hijo?
Utilice por *ejemplo*, expresiones tipo:
¿Le gustaría hablarme de lo que ocurre?



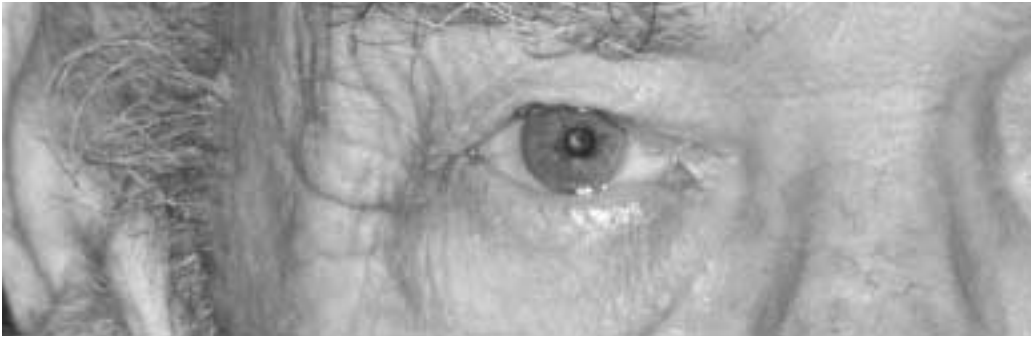
- **Juzgar** o insinuar que la persona mayor puede ser la culpable de la situación.
- **Mostrarse horrorizado** ante lo que le relate la persona mayor o ante la situación con que se encuentre.
- **Hacer promesas** que se desconoce si se van a poder cumplir.
- **Crear expectativas**, que puedan no ser realistas, sobre la resolución del caso.

133

3.1.2 Hablando con el posible responsable de los malos tratos

Qué podemos hacer:

- Intentar establecer, si no se tiene previamente, una **relación de confianza**, aunque pueda resultar difícil.
- Realizar la **entrevista en privado**, o si lo considera indicado, con presencia de otros profesionales.
- **Entrevistarle inmediatamente después** de haber entrevistado a la persona mayor, para que no tenga la oportunidad de “conspirar” con ella o pedirle información sobre lo que le han preguntado.
- Prepararse ante la posibilidad de que el hecho de entrevistar a un familiar o cuidador sospechoso de cometer malos tratos le provoque ansiedad o incomodidad.
- Introducir las preguntas comentando que se trata de algo habitual cuando se evalúa a una persona mayor y centrándolas en la percepción del cuidador sobre las necesidades y el estado de salud de la persona mayor.
- Si la persona mantiene una actitud de sospecha o ligeramente a la defensiva, se le debe repetir que la información que facilite será de gran ayuda para conocer los servicios que necesita su familiar.



- Intentar ser objetivo.
- Ser asertivo y utilizar técnicas de negociación y persuasión que le ayuden a trabajar con personas que no quieren colaborar. *Por ejemplo:*
“Yo sé que cuidar de una persona mayor puede resultar en ocasiones muy difícil, por ello, si pudiese decirme qué tipo de dificultades tiene con su familiar podríamos, entre los dos, seleccionar las mejores opciones y recursos tanto para él como para usted”.
- Expresar empatía hacia el cuidador. Utilice *por ejemplo:*
“Usted ha estado asumiendo una gran responsabilidad durante un tiempo y tiene el derecho de sentirse sobrecargado a veces”.
- Asegurar al cuidador la disponibilidad continuada de los servicios sociosanitarios, en caso de que los necesite.
- Si el posible responsable de malos tratos presenta un estado físico o mental deteriorado, las preguntas se deben realizar de forma mucho más delicada. En estos casos es mejor dejar para el final las preguntas más directas para evitar respuestas a la defensiva.

Qué no debemos hacer:

- Intentar demostrar los malos tratos.
- Hacer preguntas que pueda interpretar como provocadoras, en las que se pueda sentir acusado y ponerse a la defensiva.
- Mostrar ira, horror o desaprobación al cuidador o ante la situación en la que se encuentra la persona mayor.
- Culpabilizar o hacer juicios de valor que puedan cerrar las puertas para una futura ayuda. Debe evitarse el enfrentamiento con el cuidador.



- Amenazarle, a pesar de los sentimientos y emociones negativas que pueda despertar la situación en el profesional.

135

3.2 Para preguntar

No hay modelos prefijados de preguntas ante una sospecha de malos tratos, pero sí existen algunas formas de proceder que parecen claramente recomendables.

En primer lugar, se aconseja formular **preguntas generales**, a través de las cuales, se pueda obtener información sobre la sensación de bienestar general de la persona mayor.

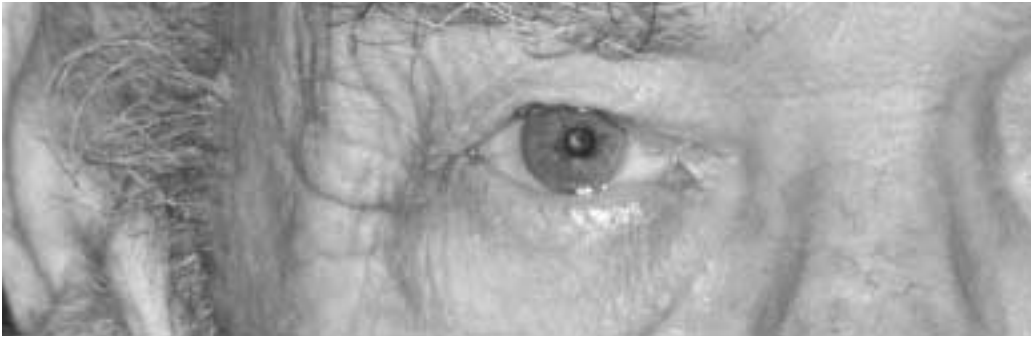
Posteriormente, se **pueden hacer preguntas más concretas** para la detección de los diferentes tipos de malos tratos (físico, psicológico, económico, abandono, etc).

Es posible que usted no se encuentre cómodo al tener que realizar alguna de estas preguntas directas a la posible víctima o responsable de la situación, pero, aun así, debe preguntar por ello. Además, es aconsejable que estas preguntas se incorporen de forma rutinaria ante la sospecha de MTPM.

3.2.1 Qué preguntar a la posible víctima de malos tratos

Preguntas generales:

- ¿Vive sólo /a?
- Me gustaría que me contara cómo están yendo las cosas por casa...
- ¿Hay algo de lo que le gustaría hablar?



136



- ¿Qué ayuda cree que le vendría bien para mejorar su situación?
- ¿Se siente seguro /a donde vive?
- ¿Cómo es la relación que mantiene con las personas con las que vive?
- Describa cómo es un día normal en su vida.

Preguntas específicas:

Previamente, se debe explicar que son preguntas que se hacen a todas las personas que se encuentran en situaciones similares a la suya y que sabemos que pueden resultar molestas o dolorosas.

Sospecha de malos tratos físicos

- ¿Alguien le ha herido de alguna forma (golpeado, abofeteado)?
- ¿Alguna vez le han atado a una silla o encerrado en una habitación?
- ¿Tiene miedo de alguien en casa?

Sospecha de malos tratos psicológicos

- ¿Se siente sólo/a?
- ¿Alguna vez le han amenazado (con castigos, ingreso en una residencia, etc.) o le reprenden?
- ¿Alguna vez le hablan o gritan de forma que hacen que se sienta mal consigo mismo?
- ¿Le han obligado alguna vez a comer a la fuerza?
- Sobre el "trato de silencio":
 - ¿Alguna de las personas con las que vive no le habla?
 - ¿Con qué frecuencia sus hijos /familia hablan con usted (comen con usted, etc)?



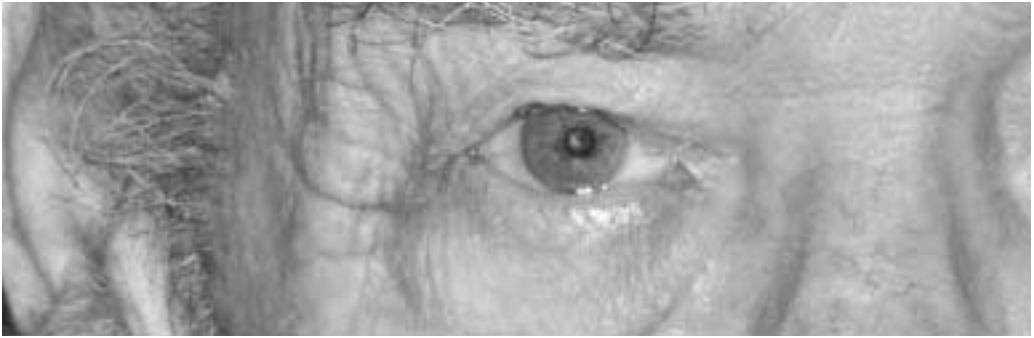
- ¿Cuándo fue la última vez que hizo algo con su familia (salir a pasear, por ejemplo)?
 - Describa qué hacen para que usted se sienta ignorado o piense que es una carga para ellos.
 - ¿Recibe noticias o información de forma rutinaria (por ejemplo a través del correo)?
- ¿Qué ocurre cuando usted y el familiar que le cuida no están de acuerdo en algún tema?

Sospecha de malos tratos sexuales

- ¿Alguna vez alguien le ha tocado sus genitales sin su consentimiento?
- ¿Le han forzado a realizar actos sexuales que no quería hacer?

Sospecha de malos tratos económicos

- ¿Lleva usted sus asuntos económicos o se los lleva otra persona?
- ¿Alguien se ha llevado algo suyo o han utilizado su dinero sin su permiso?
- ¿Ha firmado algún documento que no entendiese, y que tuviera que ver con su economía?
- ¿Le han obligado a firmar un poder legal, un testamento o cualquier otro documento en contra de su voluntad?
- ¿Le han obligado a hacer compras para otros, en contra de sus deseos?
- ¿Su familiar (referido a quien le cuida) depende de usted para el alojamiento y cuestiones económicas?



138



- ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa?
- ¿Cree que su familiar (referido a quien le cuida) utiliza adecuadamente sus recursos económicos?

Sospecha de abandono / negligencia

- ¿Alguna vez le han negado comida o la medicación que precisa?
- ¿Cree que tiene a su disposición comida, ropa y medicación cuando las necesita?
- ¿Le han procurado facilitar las gafas, audífono o dentadura postiza que necesita?
- ¿Pasa solo largos periodos de tiempo?
- ¿Puede salir de casa cuando desea hacerlo?
- ¿Puede ver a parientes y amigos?
- ¿Le controlan las llamadas telefónicas?
- ¿Le ayuda alguien a realizar las actividades de la vida diaria?

También es muy importante preguntar a la posible víctima si

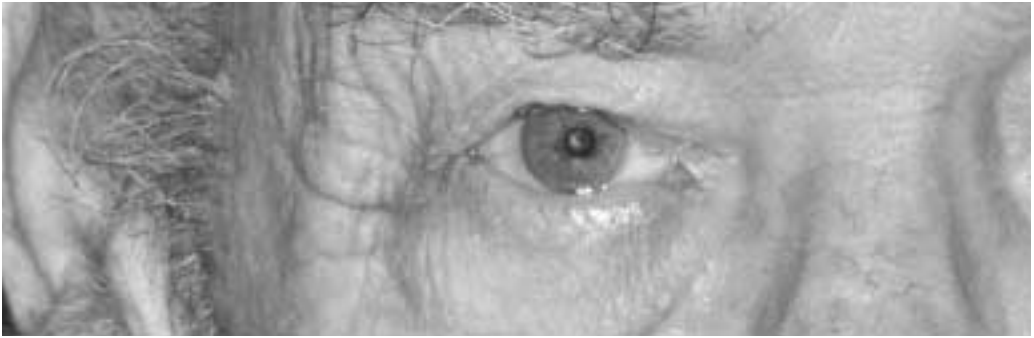
- Le han amenazado con hacerle alguna de estas cosas.
- Vive con alguien o tiene familiares cercanos que consuman drogas o alcohol o que tengan alguna enfermedad mental.

3.2.2 Qué preguntar al posible responsable de los malos tratos

- Animarle a que describa cómo es un día típico en su vida para determinar la percepción del cuidador sobre su nivel de carga o estrés.
- Qué tipo de ayudas o apoyos tiene (de otros familiares, voluntarios, respiros, etc) y qué ayudas cree necesitar.



- Cómo es su estado de salud, tanto físico como mental.
- Qué hace cuando se siente frustrado o enfadado, *por ejemplo*:
¿Cómo afronta el hecho de tener que cuidar de su familiar todo el tiempo?
- Conocimientos que tiene sobre el estado de salud de su familiar y del tipo de cuidados que necesita, *por ejemplo*:
¿Cuál es el estado médico de su familiar? ¿Qué medicinas toma? ¿Qué tipo de cuidados requiere?
- Cantidad de ayuda que presta al familiar, *por ejemplo*:
¿En qué grado se encuentra usted involucrado en la realización de las actividades de la vida diaria y el cuidado de su familiar?
- Expectativas hacia su familiar, comprobando si son realistas o no, *por ejemplo*:
¿Qué espera que su familiar haga por sí mismo?
- Expectativas sobre su propio rol, *por ejemplo*:
¿Qué cree que su familiar espera que haga por él? ¿Hace usted esas cosas? ¿Es usted capaz de hacerlas todas? ¿Ha tenido alguna dificultad? ¿De qué tipo?
- Qué compromisos tiene fuera de casa:
¿Trabaja fuera de casa?
- Grado de dependencia, del posible responsable de los malos tratos, de los ingresos económicos de la persona mayor. Para evaluar esta cuestión, se pueden introducir las preguntas planteando que está usted preocupado por si su familiar puede acceder a todo aquello que necesita:
¿Tiene usted un poder legal firmado? ¿Hay alguien autorizado a sacar dinero de la cuenta de su padre...? ¿Con qué dinero cuenta su padre para cubrir sus gastos? ¿A quién pertenece la casa?



140



- Si se ha encontrado evidencia física de malos tratos antes de entrevistar al cuidador, es esencial que le haga preguntas directas tales como:

¿Cómo cree que se ha hecho su familiar esos moratones? ¿Cree que su familiar está mal alimentado o hidratado?

CAPÍTULO 6

¿QUÉ HACER CUANDO SE DIAGNOSTICAN LOS MALOS TRATOS?

Si tras la evaluación y la entrevista con la persona mayor, se tiene una **presunción razonable** de que se han producido MTPM, el profesional tiene la obligación de actuar.

141

La **intervención**, como ya se ha dicho, **comienza con la prevención primordial**. Afortunadamente, la gran mayoría de los casos de MTPM que se detecten en la práctica diaria, podrán resolverse –si los profesionales se sienten, de verdad, implicados– poniendo en práctica algunas de las habilidades clínicas, de comunicación o éticas que se han ido desgranando en los capítulos anteriores y utilizando los recursos sanitarios, sociales o legales que en ellos se han descrito.

Sin embargo, ocasionalmente, pueden presentarse situaciones de malos tratos en las que, bien por el fracaso de las medidas empleadas para prevenirlas o reconducirlas, bien por la reincidencia en los malos tratos o por su gravedad, etc, los profesionales se vean obligados a tomar decisiones de forma perentoria y a actuar más rápidamente. En el presente capítulo, teniendo en cuenta que las medidas propuestas pueden utilizarse también en otras fases previas de la actuación, nos centraremos en la intervención en las situaciones de crisis en el ámbito doméstico.

El objetivo principal de la intervención será garantizar la seguridad de la víctima evitando que la situación de malos tratos se mantenga o repita.

1. PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACIÓN

Podemos enumerar una serie de “principios” que los expertos consideran importantes en el momento de la intervención, y que nos han de servir de guía para la misma.



- Mantener el **equilibrio entre la protección** a la víctima y el **respeto a su autonomía**. En consecuencia se hace necesaria la valoración del nivel de competencia y el grado de colaboración de la víctima.
- Evaluar el **riesgo de muerte o de lesión grave** para la víctima y decidir si se precisa o no una intervención urgente.
- **La intencionalidad**, evaluada en la fase de sospecha, tiene implicaciones en la intervención, que deberá ser lo más rápida posible si se considera que el agresor está actuando intencionadamente.
- Tener en cuenta que una situación de malos tratos es un importante y reconocido **factor de riesgo** para sufrir un nuevo episodio, muchas veces de mayor intensidad.
- Cuidar la **calidad de la relación** entre el equipo que intervenga y todas las personas que estén implicadas en el caso. El papel de los profesionales debe ser el de colaboradores, catalizadores, etc, y no deben posicionarse anticipadamente o ligar su actuación a prejuicios.
- En lo posible se debe **evitar el enfrentamiento** entre el equipo y los afectados, así como entre los propios afectados.
- De la víctima se debería **obtener el reconocimiento** de que se encuentra en una situación anómala, peligrosa y solucionable.
- Intentar que el responsable de los malos tratos llegue a **aceptar** que forma parte del problema y que tiene un gran peso como agente implicado en la posible solución. El consejo familiar, la clarificación de expectativas, la promoción de la responsabilidad, la reducción del conflicto, el combate al negativismo y la oferta de apoyo, son estrategias encaminadas a lograr dicha aceptación.
- **La colaboración de otros agentes** asistenciales o de personas del entorno (vecinos, amistades) puede ser crucial en la intervención.



- Si durante la exploración encuentra fracturas, hematomas, lesiones en piel, etc, **procure documentarlas** con radiografías, fotografías, etc.
- **Registre todo detalladamente en la historia clínica:** historia contada por la persona mayor o por otras fuentes, la información que tenga sobre el agresor, la exploración física y las pruebas complementarias. Recoja también las opciones que se le han ofrecido a la víctima (plan de seguridad, apoyos sociales, etc) y si las ha aceptado o no.
- Ante situaciones significativas de malos tratos o de alto riesgo de los mismos, se precisará la intervención de un **equipo interdisciplinar que establezca un plan de actuación integral**. La inexistencia de este equipo no supone la anulación de la responsabilidad individual de intervenir, aunque el margen de actuación tenga que ser necesariamente más limitado.
 - El equipo debe estar formado preferiblemente por médico, enfermera, trabajador social y psicólogo, teniendo la posibilidad de coordinarse con otros profesionales (servicios sanitarios especializados, servicios de urgencias, asesoría legal, cuerpos de seguridad, etc) dependiendo de la tipología de los malos tratos y del tipo de intervención que se vaya a realizar.
 - En la medida de lo posible, la expresión verbal de apoyo de los profesionales debería estar sostenida en compromisos concretos, sobre todo cuando el riesgo sea muy alto. Se debe acordar con la persona mayor un plan de seguimiento con visitas programadas, etc.
- El plan de actuación debe contemplar la situación física, emocional y social de la persona mayor y **la elaboración de un plan de seguridad** que se pueda poner en marcha si la situación empeora (Cuadro 10)

PLAN DE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO

- Si la persona mayor está capacitada para tomar decisiones y decide permanecer en el domicilio, o bien la situación no precisa una salida urgente del mismo:
- **Detección de apoyos:** Hablar con la víctima sobre las opciones que le proporcionarían seguridad en función de sus circunstancias personales:
 - *¿Qué ha hecho para mantenerse seguro en el pasado?*
 - *¿Con qué recursos y apoyos cuenta? ¿Sus amigos o familiares son conscientes de la situación que está experimentando? ¿Le apoyarían o ayudarían?*
 - *¿Dispone de algún lugar seguro para guardar documentos y objetos importantes?*
 - *Si los malos tratos aumentan ¿Tiene algún lugar al que ir? ¿Puede llamar a algún familiar o a un vecino? ¿Qué necesitaría llevarse?*
- **Ayudarle a elaborar un plan de acción** para ponerlo en marcha si tiene que abandonar su vivienda. Su realización puede requerir creatividad, como por ejemplo: escribir un número de teléfono –al que la víctima pueda llamar si está en peligro– en una receta, establecimiento de códigos verbales o signos –utilizables en presencia del responsable de los malos tratos– que indiquen el empeoramiento de la situación, etc.
- **Facilitarle el servicio de teleasistencia** para que pueda solicitar ayuda en cualquier momento.
- **Animarle a:**
 - Poner su situación en conocimiento de personas de su entorno (familiares, amigos, vecinos, etc) que le puedan ayudar y en los que pueda confiar.
 - Tener en lugar seguro y fácilmente accesible para él /ella las llaves de la casa, dinero, documentos de identidad, tarjetas de crédito, etc, por si tiene que abandonar la casa precipitadamente.
 - Que en caso de necesidad llame a la policía o a otros números de teléfono donde pueda encontrar ayuda. Proporcionarle esos números de teléfono.

PLAN DE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO

- Si la persona mayor no tiene capacidad para tomar decisiones y se encuentra en una situación de riesgo grave, o bien tiene capacidad y acepta la actuación, el profesional tendrá que decidir si precisa ser llevada de forma urgente a un lugar seguro y actuar en consecuencia:
 - Informar al Juzgado de Guardia.
 - Valorar ingreso hospitalario urgente si la situación clínica (deterioro físico o psicológico) lo requiere.
 - Ponerse en contacto con los Servicios Sociales. Valoración de ingreso en centro social o sociosanitario por emergencia social.
 - Solicitar ayuda a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
 - Llamar al teléfono de emergencias: 112.

145

Cuadro 10 (continuación)

2. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA FACILITAR LA TOMA DE DECISIONES

A continuación se describen algunos de los aspectos más relevantes a tener en cuenta en el momento de plantear a la víctima la necesidad de intervenir, una vez que se han confirmado, presuntamente, los malos tratos.

2.1 Respetar a la víctima y ganar su confianza

Es imprescindible comportarse de manera respetuosa con la persona mayor maltratada. El respeto favorecerá la cooperación con el profesional.

El profesional debería informar, desde el principio, sobre su compromiso de apoyo, especificando, en la medida de lo posible, el tiempo que puede llevar la intervención y su accesibilidad mientras dure la situación y la relación entre ambos.

Se deben planificar conjuntamente las visitas y avisar con antelación a la persona mayor de posibles ausencias del profesional o retrasos en las citas, asegurando que el contacto se producirá de forma regular y cumpliendo las promesas que se le hagan.



El mantenimiento de una relación de confianza es una condición necesaria para poder confrontar a la persona mayor con la situación de malos tratos.

Previamente, el profesional debe plantearse si la confrontación directa es necesaria o es posible resolver la situación sin necesidad de ella. En muchos casos, la persona mayor puede sentirse muy incómoda al verse confrontada con los hechos, y sin embargo, estar dispuesta a cooperar con el profesional para poner en práctica acciones que permitan acabar con la situación de malos tratos.

En caso de que se considere oportuno confrontar a la persona mayor con la situación de malos tratos, el profesional debe tener en cuenta los sentimientos ambivalentes que puede manifestar la víctima, sobre todo si se propone llevar a cabo alguna intervención que pueda ir, inicialmente, en contra de la voluntad de la persona mayor.

2.2 Asegurar la confidencialidad

Hay que asegurar la confidencialidad de los datos que aporte la víctima, evitando además ponerla en situación de mayor riesgo. Los profesionales no implicados en el caso y, por supuesto, el presunto responsable de los malos tratos, no deben tener acceso a la información.

En esta fase de intervención, las entrevistas deben seguir manteniéndose en lugares en los que exista suficiente intimidad. Si la persona mayor percibe que nuestro interés es el de ayudar también al familiar responsable de los malos tratos, accederá más fácilmente a que se mantenga una entrevista simultánea con ambos.

2.3 Respetar las decisiones de la persona mayor

Si la víctima está capacitada, se deben respetar sus decisiones aunque no se esté de acuerdo con ellas.



No es infrecuente que una persona mayor competente, que está siendo maltratada, elija permanecer en esa situación, debido a que la decisión de terminar su relación con el agresor (frecuentemente un familiar cercano) puede resultarle muy dolorosa.

Esta posibilidad puede resultar muy frustrante para los profesionales, pero a pesar de ello deben seguir mostrando su apoyo, poner énfasis en que no es necesario que permanezca en esa situación, proporcionarle otras alternativas y asegurarle que se le acompañará en las decisiones difíciles cuando encuentre fuerzas para tomarlas. En ningún caso debe tratar de imponer sus valores sobre los de la persona mayor.

Si la víctima no parece dispuesta a seguir una intervención, usted puede decir:

“Cuando usted se sienta preparado/a para..., yo estaré dispuesto/a a ayudarle. Entonces dígamelo”.

Se facilitan así los sentimientos de aceptación y permite al paciente “tener control” sobre la intervención.

2.4 Confrontar la resistencia a la intervención

Esta resistencia puede darse en la víctima, en el responsable de los malos tratos o en ambos. Por ello es aconsejable que las intervenciones sean diseñadas de forma específica para cada tipo de malos tratos y para cada situación familiar.

La resistencia de la persona mayor víctima de malos tratos a aceptar una determinada intervención puede provenir de diversas causas que habrá que explorar para actuar sobre ellas:

- **Que sienta temor**, en cuyo caso manifestará expectativas pesimistas acerca del resultado de la intervención.



La forma de proceder más adecuada será, en lugar de responder con argumentaciones optimistas, **dar muestras de entender su pesimismo**.

Por ejemplo, en lugar de decir a la persona mayor "No parece tener usted mucha confianza en que podré mejorar esta situación, pero haré todo lo posible para que esto se solucione", es preferible afirmar "Vayamos por partes. Vamos a admitir que las cosas no van a mejorar "en un abrir y cerrar de ojos", y que es posible que no consigamos nada de su hijo de momento..."

- Cuando el paciente tiene pensamientos negativos o de tipo ansioso, es aconsejable **darle apoyo y explorar sus fantasías, temores o expectativas**. Es fundamental hacer un esfuerzo por validar los miedos y dirigir la vergüenza y los sentimientos de culpa –pueden creer que son una carga para sus cuidadores y que no merecen que su situación mejore– recordándole que los malos tratos no son infrecuentes y que ser "buen padre" no es ninguna garantía contra ellos.
- La persona mayor puede tener pensamientos del tipo: *"Si la gente descubriera que mi hijo me maltrata, pensaría que yo he hecho algo para merecerlo"*. Ante esto, el profesional puede responder diciendo *por ejemplo*:
"Cuénteme cómo ha llegado a esa idea", y continuar de la siguiente forma: "Culparse uno mismo es una reacción normal en situaciones como ésta; ahora lo que necesitamos es ayudarles, a usted y a su familiar, y conseguir que esta situación se acabe".
- Es posible también que la persona mayor tenga **temor al fracaso**. Será mejor en tal caso proponerle "tareas" fáciles de llevar a cabo antes de encomendarle una más difícil que pueda resultarle abrumadora y desanimarle.



- Una última recomendación a los profesionales es la de dar poco protagonismo a su propio papel en los cambios favorables que se produzcan en la situación de malos tratos y, por el contrario, **centrarse en los logros de la persona mayor**, diciendo, *por ejemplo*:
“No habríamos conseguido estos cambios si usted no hubiera dado el paso decisivo y hubiera... Puede sentirse orgulloso de haber sido tan valiente.”

149

2.5 Promover la expresión de los sentimientos de la víctima

Es importante que antes de cualquier intervención, la persona mayor maltratada pueda hablar y manifestar su deseo de hacerse cargo de su propia situación.

Hay que tener en cuenta que el momento en el que la persona llega a pedir que se lleve a cabo una intervención “activa” puede no coincidir con la idea del profesional de cuándo es el momento oportuno.

También hay que tener presente que para poner fin a una situación de malos tratos, puede ser necesario que transcurran varios meses o, incluso, algunos años. A lo largo de este tiempo, es posible que deban mantenerse las visitas del profesional al domicilio de la persona mayor solamente para hablar de sus temores, dudas, o sentimientos de ambivalencia.

La expresión de los sentimientos o “ventilación emocional” puede lograr una descarga de la tensión, lo que es en sí mismo un objetivo. Ante la manifestación de sentimientos conflictivos, es aconsejable que el profesional los valore pero sin realizar juicios sobre ellos, diciendo, *por ejemplo*:

“Usted no quiere que su hijo le amenace, pero tampoco desea denunciarle...”



Si, usted como profesional, intenta interpretar más que parafrasear lo que dice la persona, tendrá que ser muy cauto y hacer estas interpretaciones de manera tentativa, no amenazante y sin ir más allá del alcance dado por la persona mayor. *Por ejemplo:*

"Me estoy preguntando si usted piensa que si fuera más amable con él /ella, dejaría de molestarle".

3. ASESORAMIENTO

El asesoramiento se puede llevar a cabo con la víctima de los malos tratos, con el responsable de los mismos o con la familia.

3.1 Asesoramiento con la víctima

A través del asesoramiento proporcionado a la víctima se le ayudará a tener más autonomía, a examinar las opciones que tiene a su disposición y a elegir las más adecuadas en función de sus necesidades físicas y emocionales. Por tanto, al interactuar con la víctima se puede:

- Asegurarle que no se merece los malos tratos que está experimentando, y que no está sola. Transmitirle mensajes de apoyo.
- Animarle a que exprese sus sentimientos y miedos, y, afirmar que es normal que los tenga. Permitirle hablar libremente, sin juzgarle.
- Informarle sobre la frecuencia de los malos tratos hacia los mayores y de que éstos no sólo no desaparecen por sí mismos, sino que, por el contrario, suelen continuar e incluso aumentar en frecuencia y severidad si no se pone en marcha alguna intervención.
- Asegurarle que sus reacciones son comunes a las del resto de las víctimas, elogiar su coraje y fortaleza personal, validar y apoyar las decisiones que tome para permanecer viva y segura, etc.



- Informarle sobre las opciones que tiene a su disposición (por ejemplo, que piense en otras personas con las que pueda vivir, recursos sociales que puede utilizar, obtención de una orden judicial de protección contra el agresor, cambio de cerraduras, etc.), analizar los aspectos positivos y negativos de cada opción.
- Expresarle que usted está preocupado por su salud y por la posibilidad de que las lesiones y los traumas emocionales aumenten.
- Ayudarle a entender que elegir una opción diferente a la de los deseos de su cuidador no implica necesariamente la ruptura de la relación que mantiene con el mismo.
- Asesorarle sobre los riesgos a los que se expone si decide permanecer en la situación de malos tratos.

En el cuadro 11 se muestran las actitudes básicas que pueden ponerse en práctica durante el asesoramiento:

3.2 Asesoramiento con el cuidador y la familia

- Transmitir al cuidador que es normal que se sienta sobrecargado dada su situación y expresar la disponibilidad de apoyo del profesional.
- Intentar normalizar su experiencia como cuidador y animarle a buscar ayuda y apoyo a través de diferentes medios. Ofrecerles los recursos sociales más adecuados a su caso. De esta forma se puede lograr un aumento de la utilización de los recursos disponibles y una disminución en el número y severidad de los factores de riesgo.
- Evitar la utilización de tácticas que tiendan a hacer que los cuidadores se sientan culpables o que están siendo tratados condescendentemente, pues eso dará probablemente como resultado



ACTITUDES BÁSICAS EN EL ASESORAMIENTO		
ACTITUD	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUÉ SE PRETENDE?
Empatía (Comprensión precisa)	Deseo de comprender. Escucha activa. Adaptarse al interlocutor (su ritmo, lo que considera importante).	“Conectar” con la posible víctima. Obtener información demostrando interés y comprensión.
Congruencia/autenticidad	En mantener la coherencia entre lo que pensamos, sentimos y expresamos, para así transmitir la solidez y la seguridad de nuestro apoyo.	Reducir la distancia emocional con la posible víctima y aportar seguridad.
Respeto	Aceptación de la posible víctima. No realizar juicios de valor. Demostrar compromiso con la posible víctima	Mostrar interés y aceptación hacia la posible víctima. Transmitir el deseo de trabajar con ella.

Cuadro 11

que se pongan a la defensiva y no estén dispuestos a identificarse a sí mismos como personas que presentan riesgo de maltratar.

- En el asesoramiento se puede incluir a toda la familia, proporcionando un contexto adecuado para la resolución de antiguos conflictos y para encontrar soluciones prácticas a problemas cotidia-



nos. El asesoramiento podría dar como resultado una mayor cooperación entre los familiares y que se repartan más las responsabilidades con respecto a la persona mayor dependiente, reduciendo la presión sobre el cuidador principal.

153

3.3 Tipos de interacción profesional en el asesoramiento

Como profesional, usted puede elegir el tipo de interacción con el paciente que le parezca más apropiado. En el caso de los MTPM puede considerar tres opciones:

Pasividad-actividad

Cuando la persona mayor esté incapacitada o se encuentre en una situación urgente, será necesario que el profesional sea activo y directivo, transmitiendo a la vez una actitud de interés y autenticidad.

Sin embargo, deberá huir de este rol activo cuando su utilización responda a sentimientos propios de autoridad y superioridad.

Orientación-cooperación

Esta será la forma de asesoramiento más frecuente en la mayor parte de las situaciones de MTPM en las que el profesional se encuentre implicado.

El paciente sufre dolor, ansiedad, temor y desea que le ayuden. En estas circunstancias, el profesional ofrece opciones, orientando amablemente al paciente hacia la forma de intervención de elección.



154



También aquí el profesional deberá estar alerta acerca de posibles actitudes que respondan a su necesidad de autoridad en su relación con el paciente.

Participación y mutua colaboración

Esta forma de actuación tiene lugar cuando la persona mayor controla la toma de decisiones. El profesional y la persona mayor se reconocen en su autonomía moral, son interdependientes y se relacionan de forma mutuamente satisfactoria.

Sin embargo, no resulta factible en caso de que el paciente tenga deterioro cognitivo o su nivel cultural sea extremadamente bajo.

Aunque pueda ser difícil aceptar el hecho de que el paciente no esté de acuerdo con un determinado plan de intervención, el profesional puede recordarse a sí mismo que la relación terapéutica es un proceso en el que el paciente puede progresar, desde una postura inicialmente pasiva hacia una actitud cooperativa, en aras de su propia salud y bienestar. La capacidad del profesional para percibir cambios en esta dirección, en lugar de calificar al paciente como "difícil" o "poco cooperador", será decisiva para obtener los resultados deseados en este proceso.

4. RECURSOS SOCIALES PARA LA ACTUACIÓN

En el marco de las políticas sociales se requieren programas de protección a las personas mayores víctimas de malos tratos, con servicios específicos disponibles para abordar su problemática y que



incluyan protocolos de actuación coordinados entre los servicios sociales y sanitarios.

155

Actualmente, la oferta de recursos sociales específicos para situaciones de MTPM es realmente escasa, utilizándose habitualmente, cuando no existe un riesgo grave para la persona mayor, los recursos sociales normalizados dirigidos a la totalidad de la población de personas mayores.

A continuación se describen los recursos sociales utilizables según que la respuesta que haya que dar sea urgente o permita una intervención más espaciada en el tiempo.

4.1 Si la actuación tiene que ser urgente

4.1.1 Servicios Sociales del Municipio o de la Comunidad Autónoma

Ante el diagnóstico de una situación de MTPM en la que se considere que la persona mayor corre un riesgo elevado, se debe poner en conocimiento de los Servicios Sociales del Municipio o Comunidad Autónoma a través de los teléfonos disponibles para comunicar estas situaciones (Anexo 2).

Los Servicios Sociales en colaboración, en su caso, con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, llevan a cabo la investigación de las circunstancias individuales, familiares y socioeconómicas de la persona mayor, y una vez cotejada y comprobada la información, pueden proponer y gestionar un **ingreso en un centro social o sociosanitario, por emergencia social**, para proteger a la persona mayor. En la actualidad todas las CCAA tiene a disposición de los ciudadanos, servicios de emergencia para dar respuesta inmediata a este tipo de casos.



4.1.2 Servicios de información telefónica y coordinación de urgencias

Son servicios de atención social telefónica que ofrecen información, apoyo, derivación y enlace hacia otros servicios específicos, como son los Servicios Sociales, Bomberos, Policía y Protección Civil. Son gestionados conjuntamente por los Ayuntamientos y Comunidades Autónomas.

Teléfono de emergencias: 112

Puede ser utilizado para demandar información o atención social fuera del horario de los Servicios Sociales, o cuando por la naturaleza de la emergencia, el caso no pueda ser atendido por éstos.

4.1.3 Recursos de las Direcciones Generales de la Mujer

Son recursos gestionados por los Institutos de la Mujer y Direcciones Generales de la Mujer de las distintas CCAA y atienden las demandas de las mujeres que son víctimas de cualquier tipo de **violencia de género**.

Para las situaciones de malos tratos a mujeres mayores que exigen una respuesta rápida y urgente, cabe la posibilidad de solicitar el ingreso en un **Centro de Emergencia** para la primera acogida a mujeres que sufren malos tratos. En teoría, evitando discriminación por la edad, deberían acoger a mujeres de todas las edades, pero en la práctica –desafortunadamente– no siempre ocurre así. La situación se agrava más cuando la mujer anciana tiene alguna discapacidad que genere dependencia física, pues estos recursos no suelen estar preparados para atender esas circunstancias.



4.2 Si la situación no requiere soluciones urgentes

157

4.2.1 Servicios Sociales del Municipio o de la Comunidad Autónoma

Pueden facilitar las prestaciones adecuadas a cada caso y que ya han sido descritas al hablar de la prevención (ver capítulo 3.7), priorizando la concesión de servicios de teleasistencia y asistencia domiciliaria si la situación lo permite.

El servicio de teleasistencia se puede instalar de inmediato en todas las CCAA a través de los servicios sociales municipales.

4.2.2 Agencias para la tutela de adultos

Son servicios de protección jurídico-social de las personas mayores de 18 años, incapacitadas legalmente o que se encuentran en una presunta situación de incapacidad.

Funcionan en algunas CCAA con el fin de ejercer la tutela y curatela de las personas mayores de edad que se encuentran en alguna de las situaciones descritas. Desde la iniciativa privada también han surgido Asociaciones Tutelares y Fundaciones.

Todas las Entidades Tutelares, tanto públicas como privadas, tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que tutelan, procurando la defensa de sus derechos e intereses, así como su integración y normalización social, no pudiendo asumir nombramientos o ejercer funciones tutelares si no existe un mandato judicial expreso.

4.2.3 Red de Asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua

Son grupos de acción solidaria y voluntariado que colaboran con las Administraciones en dar respuesta a los problemas de las personas mayores.



Entre sus fines primordiales se encuentran la protección y defensa de los derechos de las personas mayores, gestionando recursos sociales (Servicio de ayuda a domicilio, Residencias) que pueden poner al servicio de personas mayores maltratadas. Así mismo, disponen de profesionales formados para el asesoramiento y la intervención psicosocial, así como para la orientación jurídica en estos casos.

Aunque estas actuaciones están escasamente desarrolladas, en parte por el desconocimiento del tema y la ocultación de los MTPM, existen diversas asociaciones y ONG de ámbito estatal que pueden actuar en estos casos (Anexo 3).

4.2.4 Recursos de las Direcciones Generales de la Mujer

Condicionados por las mismas circunstancias que se han mencionado al hablar de la actuación ante situaciones urgentes, existen otra serie de recursos destinados a mujeres víctimas de malos tratos, que consideramos deberían ser utilizables también por las mujeres mayores de 65 años. Ante la escasez de respuestas reales, parece urgente la coordinación de todos los servicios ofertados para afrontar las situaciones de malos tratos, independientemente del colectivo al que vayan dirigidos en un principio.

El desarrollo de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género puede ayudar a paliar este problema, al considerar a las mujeres víctimas de violencia de género, colectivos prioritarios en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores (Art. 28).

Entre los servicios que prestan a través de los Servicios de Atención Social se encuentran los Centros de Acogida temporal, Pisos Tutelados, Centros de Día y Unidades Psicosociales, con variaciones importantes según la Comunidad Autónoma de que se trate.



5. ASPECTOS LEGALES DE LA ACTUACIÓN

159

5.1 Observaciones previas

Dada la enorme concreción que tienen las normas jurídicas, a la que está sujeto el ser o no ser de determinadas actuaciones, conviene tener en cuenta ciertas cuestiones que nos pueden ayudar a unificar conceptos y terminología en el tema de los MTPM.

Así, para entender y hablar **jurídicamente** del problema de los malos tratos se debe tener en cuenta que:

- No todo lo que se denomina genéricamente maltrato tiene **relevancia jurídica**. Algunas formas de lo que se conoce como malos tratos no pasan de ser malas prácticas o modos inapropiados de comportamiento.
- Desde un punto de vista jurídico, el concepto de **presunción** y el término **presunto** deben estar presentes, en la mayor parte de las ocasiones, cuando nos referimos a una acción de maltrato, al agente agresor o a la víctima de los malos tratos. Así, por ejemplo, hablaremos de presunto agresor hasta que haya una sentencia judicial firme. En nuestro trabajo diario la mayor parte de los casos van a estar casi siempre en el ámbito de la presunción.
- **Para denunciar** una presunción de malos tratos y dirigir los pasos por la vía judicial es preciso conocer bien la situación y tenerla controlada. En definitiva **se necesita algo más que una sospecha, hay que tener pruebas y/o testigos**.
- Para que prospere cualquier denuncia, es esencial la **aquiescencia del presunto maltratado**. Sin embargo, ante **situaciones graves** –aunque el presunto maltratado no se reafirme en los hechos contenidos en la denuncia– y sin lugar a dudas, **si la víctima es un incapaz** de hecho o de derecho, **es obligado denunciar**.



- Hay que tener en mente que **se puede contar con la ayuda** de los órganos judiciales, sobre todo con el apoyo y asesoramiento del **Ministerio Fiscal**, que tiene entre sus funciones la protección de los derechos de los ciudadanos.
- **El asesoramiento y las recomendaciones** de los **abogados especializados** son un recurso que no se debe olvidar. Para quien no tenga medios económicos suficientes, existen abogados de oficio que atienden y asisten gratuitamente a sus clientes, facilitados de acuerdo a unas normas que figuran en los Colegios de Abogados de cada provincia o demarcación territorial asimilada.

5.2 ¿Cómo saber si los hechos están tipificados como punibles?

A lo largo del articulado del Código Penal se recogen acciones punibles constitutivas de delito /falta que constituyen los malos tratos, bien sean éstos físicos, psicológicos, sexuales o económicos (Anexo 5).

La gravedad de las presuntas acciones y omisiones delictivas hará que el juez las penalice como delitos (las más graves) o como faltas (las más leves) o que no vea causa para ninguna de las dos. En el tema económico será **la cuantía** sustraída la que determine una u otra tipificación. En el maltrato físico y psicológico será el **tiempo que tardan en curar las lesiones** causadas de uno u otro tipo.

Para proceder a una denuncia, es necesario tener la certeza de que la acción u omisión objeto de presunto maltrato puede encuadrarse en la descripción que hacen las normas legales vigentes comentadas.

Tras la entrada en vigor de la Ley orgánica 11/2003 de 29 de septiembre que modificó el Código Penal en materia de protección a las



víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, conviene hacer algunas puntualizaciones.

161 ●

- **El delito de violencia doméstica**, recientemente creado en el Código Penal, se ha visto ampliado con el “ejercicio de la violencia psíquica” que antes no figuraba. Es conveniente conocer el **artículo 173.2 del Código Penal**:

El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando alguno o algunos de los actos de violencia se perpetren en presencia de menores, o utilizando armas, o tengan lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantan-



do una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad o prohibición de la misma naturaleza.

Asimismo, es aconsejable tener presente el contenido actual, modificado por la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, del **artículo 153 del Código Penal**:

- 1. El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficios de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años.*
- 2. Si la víctima del delito previsto en el apartado anterior fuere alguna de las personas a que se refiere el artículo 173.2, exceptuadas las personas contempladas en el apartado anterior de este artículo, el autor será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento de seis meses a tres años.*



- Hay que señalar que estos artículos tienen concomitancias claras con aquellos que tratan de **lesiones**, fundamentalmente, por un lado, y con los que defienden la **integridad moral**, por otro, porque **las penas se acumulan**.

Otras observaciones, a tener en cuenta, sobre el artículo 173.2 son:

- Se exige la **habitualidad**, como nota distintiva de la violencia doméstica. Tiene, por tanto, que haber una reiteración en las actitudes y en los hechos violentos.
- Tanto las **lesiones físicas como psicológicas** constituyen un evidente menoscabo del concepto unitario de salud. A efectos judiciales sería por tanto igual uno u otro tipo de lesiones, aunque hay diferencias respecto a las pruebas.
- El código penal recoge, además, una serie de delitos y faltas que tienen que ver con el **menoscabo físico** de las personas, como son los delitos /faltas de lesiones, torturas, omisión del deber de socorro, etc, y otros con el **daño psicológico**, como las amenazas, coacciones, calumnias, injurias, etc.

En un nivel menos técnico, se suele hablar de delitos o faltas de carácter psicológico, cuando existen insultos graves, vejaciones, gritos humillantes, amenazas de todo tipo, prohibiciones que atenten abiertamente contra la dignidad que es propia a todo ser humano, exclusión social reiterada y grave, aislamiento y soledad provocadas, etc.

- La **relación de convivencia** es otra característica del delito de violencia doméstica. La convivencia puede ser actual o inmediatamente pretérita, o estar en situaciones equivalentes a las de convivencia.

En la **relación de parentesco o tutela** que debe existir entre agresor y maltratado, se admiten, a partir de la última revisión, las



situaciones asimiladas o de hecho. También se tienen en consideración a las personas especialmente vulnerables que se encuentran institucionalizadas, concibiéndose la institucionalización como unidad de convivencia, aunque no se den los supuestos relacionales señalados en el artículo 173.2.

Si no se dan las características de parentesco, convivencia o situaciones asimiladas y habitualidad, nos encontraríamos ante un delito de lesiones, torturas, etc, o como los que recoge el artículo 173 y que se refieren al trato degradante –encuadrado entre los delitos contra el honor– pero no sería un delito de violencia doméstica.

El **maltrato económico** tiene que ver con los delitos /faltas contra el patrimonio y concretamente con el **robo y el hurto**.

La diferencia entre robo y hurto estriba en que en el primero debe existir violencia en las personas, o fuerza en las cosas, a la hora de conseguir perpetrar la acción delictiva.

En muchas ocasiones el delito o la falta por la que se ataca el patrimonio de las personas mayores pueden venir acompañados de daños físicos y, más comúnmente, producen un daño psicológico que debe tenerse en cuenta. Vemos por lo tanto, que hay ingredientes para pensar en la multifocalidad de los malos tratos.

5.3 ¿Qué hacer ante la presunción razonable de MTPM?

Cuando se tiene una presunción razonable de estar ante una **situación tipificada** como maltrato, es preciso **actuar**, y hacerlo con **prudencia**.

Hay profesionales que, en determinadas circunstancias, tienen la **obligación legal** de denunciar. Su obligación se concreta en la for-



malización de un documento protocolizado (por ejemplo, parte de lesiones para un médico), que se envía al juzgado.

165 ●

Otros profesionales y en otras circunstancias pueden tener la **obligación moral** de denunciar.

En ambos casos se van a encontrar ante tres diferentes tipos de personas presuntamente maltratadas, debiendo actuar de forma distinta en cada caso:

1. Si la presunta víctima es **una persona con capacidad** suficiente para el autogobierno de su vida, hay que hablar con él y convencerle de que si no puede cambiar su situación, sería preferible comunicárselo al Juzgado de Guardia o al Ministerio Fiscal, a la Policía o a la Guardia Civil .

Si el presunto **maltrato es muy grave** y la víctima no lo quiere denunciar, tal comunicación debe hacerla, inexcusablemente, el profesional que le atiende, siendo recomendable ponerlo previamente en conocimiento del director del centro en donde presta sus servicios.

Ante situaciones graves en las que se tiene supuestamente identificado al agresor, se debe contactar con la Policía.

2. Si el presunto maltratado es **incapaz**, hay que hablar con su tutor o curador (siempre que éste no sea el agresor), procediendo en todo lo demás como en el apartado anterior.
3. Si la presunta víctima es **presunto incapaz**, previa consulta con el guardador de hecho (siempre que éste no sea el agresor), hay que ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal, bien a través del guardador de hecho, o haciéndolo directamente el propio profesional.



Aunque la persona presuntamente maltratada sea capaz, la implicación de los profesionales es fundamental para recordarles cuáles son sus derechos y la necesidad de defenderlos.

Es aconsejable recomendar que sea la propia persona mayor, capaz, quien proceda a formalizar la denuncia, aunque se le ayude a realizar ciertos trámites. El profesional puede orientarle sobre cómo hacer un escrito sencillo en el que previa identificación de sus datos personales, exponga lo que le está sucediendo.

Se debe contar siempre con la familia, sobre todo con aquellos miembros que tengan más relación con la víctima, a efectos de que le acompañen y aconsejen. En el caso de presuntos incapaces el papel de determinados familiares (no de quien maltrata) es preponderante.

5.4 Recomendaciones para la denuncia

Si se ha decidido denunciar, hay que tener en cuenta algunas consideraciones formales y de procedimiento en torno a la formulación de la denuncia:

- **¿Dónde denunciar?** Se puede hacer directamente en el Juzgado de Guardia, en la Fiscalía –para que el fiscal sea quien proceda a materializar la demanda– o denunciar en las dependencias de la Policía o Guardia Civil.

Por cualquiera de estos caminos la denuncia llegará a su destino, que no es otro que el Juzgado de Guardia.

- **¿Cómo denunciar?** La denuncia debe hacerse de **forma escrita**, haciendo constar todos los datos personales del denunciante y de la víctima, si ambos no coinciden, y haciendo un relato somero de los hechos que han dado origen a la denuncia que se formu-



la. Asimismo, si se conoce, es necesario reflejar el nombre del presunto agresor.

Conviene recoger como ciertos los hechos sobre los que tengamos certeza absoluta y pruebas y referirnos a otros como posibles, presumibles o potencialmente factibles.

El escrito debe estar firmado y fechado y es recomendable llevar dos copias para quedarse con una copia sellada de la denuncia.

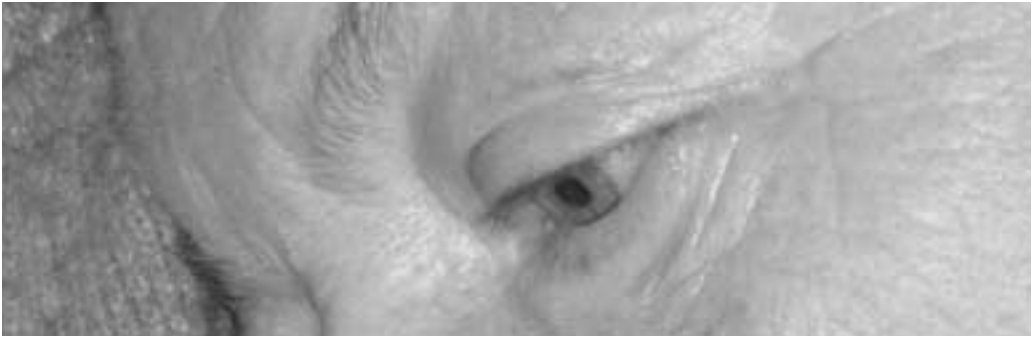
Se está hablando de un escrito no profesional, formalizado con suma sencillez y sin demasiadas preocupaciones por los aspectos formales. Si la denuncia se hace en la Policía o Guardia civil, ésta pasará a un escrito el relato del denunciante.

Es conveniente, aunque no estrictamente necesario, el asesoramiento de un profesional del Derecho. Con posterioridad a la aceptación de la denuncia y siempre que el juez vea indicios razonables de acción punible, el proceso lleva unos cauces que preceptivamente deben encomendarse a un abogado y a un procurador.

- Dependiendo de la gravedad de la situación, **pueden pedirse medidas cautelares o penas accesorias**, que consisten fundamentalmente en tres:
 - Prohibición de que el presunto agresor resida en un determinado lugar, barrio o zona.
 - Prohibición de ir a determinados sitios o asistir a determinados actos.
 - Prohibición de aproximación o comunicación con la víctima.

En ocasiones, aunque no se soliciten, las puede dictar el juez si lo estima oportuno.

- Como consecuencia de las medidas cautelares, puede surgir la necesidad de ingresar a una persona en un centro residencial. **El ingreso en un determinado centro debe hacerse voluntariamen-**



168

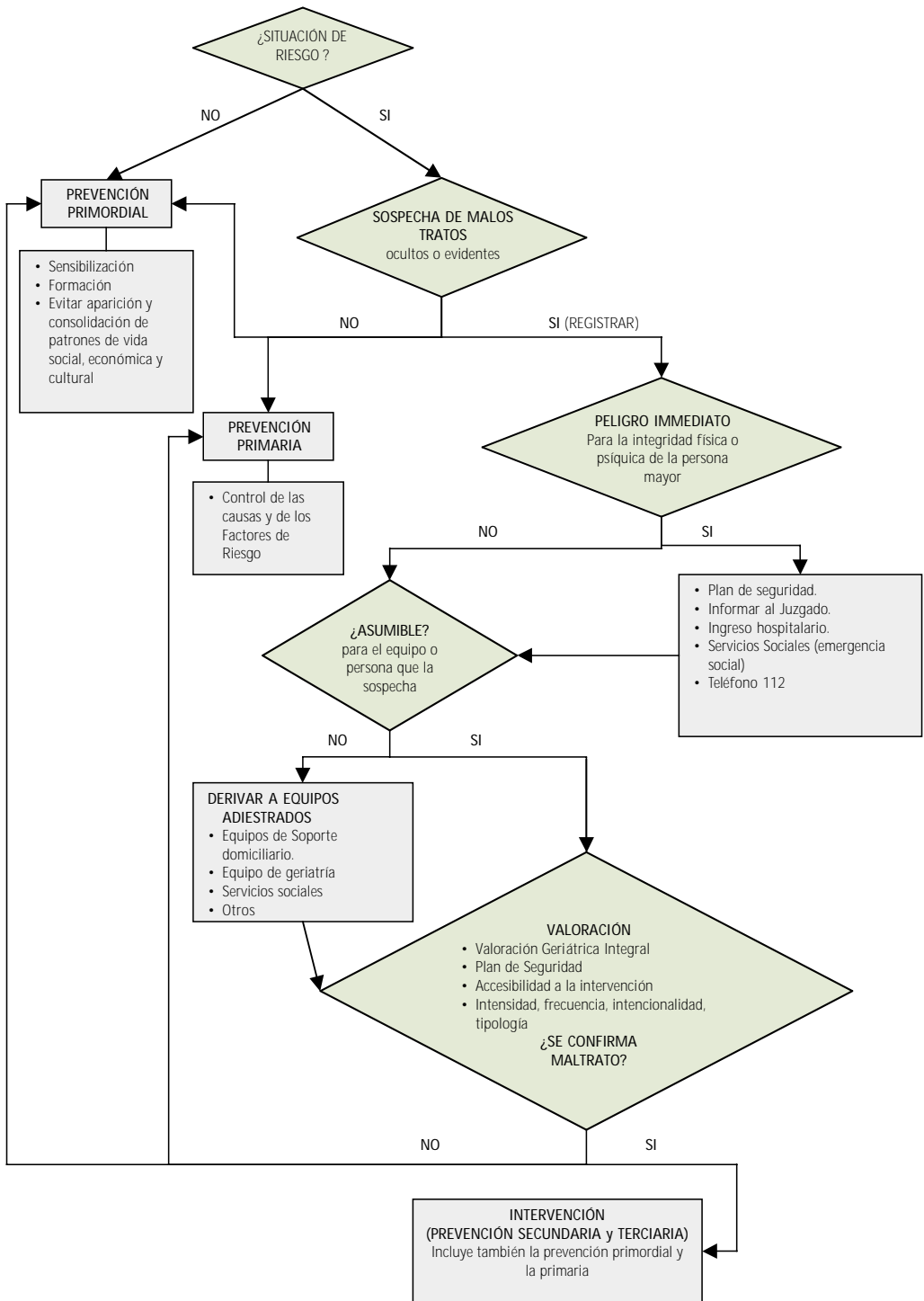


te, pero los MTPM pueden propiciar un internamiento involuntario urgente para evitar que persista el maltrato, por lo que hay que conocer el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (Anexos 5 y 7)

- La actual ley establece, en relación con el tema que nos ocupa, dos **medidas especiales**:
 - **Proteger a la víctima** que pudiera correr determinados peligros.
 - Permitir establecer de oficio (no sólo a instancia de parte) la acción penal en los casos de faltas de amenazas, coacciones y vejaciones injustas a las que se refiere el artículo 620. 2 del Código Penal (Anexo 5).

6. ALGORITMOS DE INTERVENCIÓN

170



ANEXOS

ANEXO 1

1. INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN

Autores (año)	Nombre del instrumento	Método	Psicometría	Comentarios
Valoraciones de enfoque cuantitativo				
Ferguson AD et al. (1983)	Health Attitudes Living arrangements Finances (HALF)	37 ítems. Requiere entrevista y observación.	No	Una historia social un poco larga. En todos los lugares clínicos. Evalúa víctima y cuidador.
Reis M et al (1995)	Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	5 preguntas en un minuto.	Sí, concordancia del 86-90%.	Para gente mayor con cuidadores. Rápido. Posible en urgencias y consultas externas. Evalúa víctima y cuidador.
Reis M et al (1995)	Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE)	8 ítems. Puntuación de 4 o más sugiere alto riesgo de abuso. Conviene investigar cada ítem respondido como sí.	α Chronbach 0.71 (abuso físico, psicosocial, económico).	Corto y rápido. Útil para profesionales inexpertos y en la clínica diaria.
Reis M et al (1998)	Indicators of Abuse Screen (IoA)	29 ítems repartidos en 3 categorías; inicialmente eran 48 problemas y 12 ítems demográficos.	α Chronbach 0.92; identifica 78-84% de casos de abuso.	Aplicado por profesionales adiestrados, después de 2-3 horas de valoración. Se rellena en 20 minutos. Evalúa víctimas y cuidadores. Potente instrumento para la investigación y equipos específicos.
Straus M (1978, 1979)	The Conflict Tactics Scale (CTS)	19 ítems auto-respuesta o por entrevista. Se rellena en 10 min.	α Chronbach 0.42-0.88; validez de concurrencia 0.19-0.80; validez de contenido 0.80; validez de constructo ok.	Versión española validada. Dirigido a abuso físico y asalto, no negligencia. Solamente víctima. Se puede administrar en ingresados o no. Amplia experiencia en abuso de personas no ancianas.
Hawlek MA et al (1986, 1991)	Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S EAST)	Cuestionario de 6 ítems predictivos de abuso. Originariamente 1000 ítems, después versión de 15 ítems distribuidos en 3 categorías.	Consistencia interna baja. Tasa falsos negativos alta.	Rápida; aplicable en urgencias y consultas. Solamente sobre víctimas. No contempla todos los tipos. La víctima ha de tener buen nivel cognitivo. Versión australiana de 6 ítems diferentes.



Autores (año)	Nombre del instrumento	Método	Psicometría	Comentarios
Guías y valoraciones cualitativas				
American Medical Association (1992)	AMA Assessment protocol	Guía ante la sospecha de abuso.	No	Depende de la habilidad del clínico. Todos los lugares. Se evalúa a la víctima.
Johnson D (1981)	Screening Protocols for the Identification of Abuse and Neglect in the Elderly	Recogida de datos que requiere de entrevista y período de observación. Se evalúan 18 áreas.	No	Breve. No lugar especificado. Se evalúa víctima y cuidador. Hace referencia a la etiología.
Quinn MJ y Tomita SK (1981, 1982, 1997)	Harborview Medical Center Elder Abuse Diagnostic and Intervention Protocol	Guía estructurada en 111 puntos en 19 apartados.	No	Larga. Para evaluar el maltrato. Evalúa víctimas y cuidadores.
Rathbone-McCuan E et al (1982)	Case Detection Guidelines	Listado de factores de riesgo y signos de maltrato.	No	Dirigido a profesionales con poca experiencia en abuso. Todos los lugares. Evalúa víctima y cuidador
Fulmer T et al (1984, 1992, 2000, 2002)	Elder Assessment Instrument (EAI)	41 ítems y un comentario. 7 secciones que revisan los signos, síntomas y quejas subjetivas.	α Cronbach 0.84 Fiabilidad test-retest 0.83 ($p < .0001$)	12-15 min. Necesita entrenamiento. Sensible, poco específico. Urgencias, hospital, domicilio. Sirve para derivar a recursos de diagnóstico-intervención. Traducción al castellano.
Modelos combinados, cualitativos y cuantitativos				
	Evaluación Geriátrica Integral	Anamnesis, exploración física e instrumentos validados.	Fiabilidad probada en ancianos frágiles.	Completa. Sobre víctima y cuidador. Precisa de profesionales entrenados en geriatría. Aplicable en múltiples lugares.
Bass DM et al (2000)	Screen Tools and Referral Protocol (STRP) Stopping Abuse Against Older Ohioans: A guide for Service Providers	Combinación de diversos instrumentos con protocolo de derivación, material de formación y de intervención.	Sí	En lugares clínicos. Solamente a la víctima. Complejo y completo. Tiene una versión más reducida.

ANEXO 2

2. TELÉFONOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Teléfonos generales:

- | | |
|---------------------|---|
| - Emergencias 112 | - Policía Nacional 091 |
| - Guardia Civil 062 | - Información Instituto de la Mujer 900 191 010 |

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCIA

- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
- Dirección General de Servicios Sociales e Inclusión: 955 048 000
 - Delegación Provincial de Almería: 950 006 100
 - Delegación Provincial de Cádiz: 956 007 000
 - Delegación Provincial de Córdoba: 957 005 400
 - Delegación Provincial de Granada: 958 024 600
 - Delegación Provincial de Huelva: 959 005 700
 - Delegación Provincial de Jaén: 953 013 084
 - Delegación Provincial de Málaga: 951 036 400
 - Delegación Provincial de Sevilla: 955 006 000
 - Teléfono de atención al mayor: 900 858 381

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGON

- Departamento de Servicios Sociales y Familia
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales: 976 715 600
 - Dirección Provincial de Huesca: 974 293 318
 - Dirección Provincial de Teruel: 978 641 313
 - Dirección Provincial de Zaragoza: 976 716 220

PRINCIPADO DE ASTURIAS

- Consejería de Vivienda y Bienestar Social
- Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes: 985 106 586
 - Concejalía de Atención y Centros Sociales (Oviedo): 985 981 848
 - Teléfono de emergencias: 080

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE BALEARES - GOVERN DE LES ILLES BALEARS

- Conselleria de Presidència i Esport
- Dirección General de Servicios Sociales: 971 177 000

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

- Consejería de Empleo y Asuntos Sociales
- Dirección General de Servicios Sociales (Santa Cruz de Tenerife): 922 474 444
 - Dirección General de Servicios Sociales (Las Palmas de Gran Canaria): 928 306 170

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

- Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
- Dirección General de Acción Social: 942 207 776
 - Teléfono de Atención al Mayor: 900 711 712

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA LA MANCHA

- Consejería de Bienestar Social
- Dirección General de Acción Social: 925 288 955
 - Delegación Provincial de Bienestar Social. Albacete: 967 557 980
 - Delegación Provincial de Bienestar Social. Ciudad Real: 926 276 111
 - Delegación Provincial de Bienestar Social. Cuenca: 969 176 484
 - Delegación Provincial de Bienestar Social. Guadalajara: 949 885 498
 - Delegación Provincial de Bienestar Social. Toledo: 925 269 007
- Teléfono único de información: 012

COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
- Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León: 983 413 600
 - Gerencia Territorial de Ávila: 920 352165
 - Gerencia Territorial de Burgos: 947 230 712
 - Gerencia Territorial de León: 987 256 612
 - Gerencia Territorial de Palencia: 979 706 109
 - Gerencia Territorial de Salamanca: 923 216 101
 - Gerencia Territorial de Segovia: 921 466 172
 - Gerencia Territorial de Soria: 975 220 555
 - Gerencia Territorial de Valladolid: 983 306 888
 - Gerencia Territorial de Zamora: 980 671 300

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA - GENERALITAT DE CATALUNYA

- Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya

– Institut Català d'Assistència y Serveis Socials (ICASS):	934 831 000
– Servicios Territoriales de Girona:	972 486 060
– Servicios Territoriales de Lleida:	973 230 502
– Servicios Territoriales de Tarragona:	977 241 888
– Servicios Territoriales de Barcelona:	935 675 160
Servicio de atención telefónica 24 horas:	900 900 120
Servicio de atención a la víctima:	900 121 884
Oficina para la defensa de las personas mayores:	934 831 529
Servicio telefónico de atención ciudadana: 012	
Teléfono de Atención al Mayor: 900 300 500	

CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

– Consejería de Sanidad y Bienestar Social:	956 528 176
– Centro de Servicios Sociales:	956 504 652

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

Consejería de Bienestar Social	
– Dirección General de Servicios Sociales:	924 005 955
– Servicio Territorial de Cáceres:	924 004 308
– Servicio Territorial de Badajoz:	924 010 050

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA - XUNTA DE GALICIA

Consejería de Asuntos Sociales, Empleo y Relaciones Laborales	
– Dirección General de Servicios Comunitarios e Inclusión Social:	981 546 967
– Delegación Territorial de A Coruña:	981 131 292
– Delegación Provincial de Pontevedra:	986 817 202
– Delegación Provincial de Ourense:	988 386 212
– Delegación Provincial de Lugo:	982 294 344
– Teléfono de información general:	902 120 012
– Teléfono de Atención al Mayor:	900 333 666

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Consejería de Familia y Asuntos Sociales	
– Servicio Regional de Bienestar Social:	91 420 69 00
• Información:	91 420 69 04
– Dirección General del Mayor:	91 580 94 70
– Teléfono de información general: 012	
– Teléfono del Mayor: 900 101 011	
– Servicio de información telefónica y atención de emergencias (SITADE): 900 100 333	

CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

Consejería de Sanidad y Bienestar Social	
– Dirección General de Servicios Sociales: 952 699 301	

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

Consejería de Trabajo y Política Social	
– Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia-ISSORM	
• Sección Información y registro: 968 362 000	
– Teléfono de atención a las personas mayores: 968 362 090	

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NAVARRA

Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud	
– Dirección General de Bienestar Social:	948 423 809
– Instituto Navarro de Bienestar Social-INBS:	948 426 900

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAIS VASCO - EUSKADI

Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales	
– Dirección de Bienestar Social:	945 018 000
– Diputación Foral de Alava. D. Asuntos Sociales:	945 181 741
– Diputación Foral de Bizkaia. D. Acción Social:	944 068 000
– Diputación Foral de Guipúzkoa. D. Política Social:	943 482 111
Teléfono de atención al mayor (Guipúzkoa): 900 71 3 771	

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

– Dirección General de Servicios Sociales: 941 291 100	
--	--

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE VALENCIA - GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Bienestar Social:	963 428 500
– Dirección General de Servicios Sociales:	963 866 000
– Dirección Territorial de Bienestar Social de Alicante:	965 934 703
– Dirección Territorial de Bienestar de Castellón:	964 726 200
– Dirección Territorial de Bienestar Social de Valencia:	963 866 750
Teléfono de atención al mayor: 900 100 011	

ANEXO 3

3. TELÉFONOS DE ONG DE ÁMBITO ESTATAL QUE TRABAJAN CON PERSONAS MAYORES

- Cruz Roja Española:	902 222 292
- Cáritas Española:	914 441 000
- UDP (Unión Democrática de Pensionistas):	915 420 267
- CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores):	915 735 262
- Mensajeros de la Paz:	900 222 223



ANEXO 4

4. TELÉFONOS DE OFICINAS DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Almería	950 212450
Cádiz	956 011630
Córdoba	957 002736
Granada	958 249794/5
Huelva	959 013865/8
Jaén	953 003047
Málaga	952 136675
Sevilla	954 599805

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Huesca	974 290141
Teruel	978 647543
Zaragoza	976 208459

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Gijón	985 197204
Oviedo	985 968937

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE BALEARES

Palma de Mallorca	971 176565 (ext. 5409 y 6455) 900 321321 (gratuito)
Palma de Mallorca	971 714668

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Arrecife de Lanzarote	928 806302
Las Palmas de Gran Canaria	928 332627 928 331229

San Bartolomé De Tirajana	928 766233
Santa Cruz de Tenerife	922 2140 31

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Santander	942 357145
-----------	------------

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA LA MANCHA

Albacete	967 596642 967 596705 (Psicóloga)
Ciudad real	926 295529
Cuenca	969 225707
Guadalajara	949 209970
Toledo	925 226298 925 257824 (Psicóloga)

COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

Ávila	920 225781
Burgos	947 264433
León	987 895175
Palencia	979 167756
Ponferrada	987 451249
Salamanca	923 126875 923 217390 (Psicóloga)
Segovia	921 462462
Soria	975 214930
Valladolid	983 413460 983 413259 (Psicóloga)

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

Barcelona	93 3164504/00
-----------	---------------

Girona	972 219060
Lleida	973 700202
Tarragona	977 220922

CIUDAD AUTONOMA DE CEUTA

Ceuta	956 513295
-------	------------

COMUNIDAD AUTONOMA DE EXTREMADURA

Badajoz	924 284278
Mérida	924 304080
Cáceres	927 620295 / 927 620296 (Psicóloga)
Plasencia	927 426376 (ext. 251)

COMUNIDAD AUTONOMA DE GALICIA

La Coruña	981 167 800 ext. 270
Lugo	982 221 311
Orense	988 235 353
Pontevedra	986 855 600

COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID

Madrid	91 3973209 / 91 3973210 91 3973498 / 900 150 909 (gratuito)
Alcobendas	91 6537364
Aranjuez	91 8916042
Coslada	91 6694181
Fuenlabrada	91 5580118
Leganés	91 3307516
Móstoles	91 6647221

CIUDAD AUTONOMA DE MELILLA

Melilla	952 698933
---------	------------

COMUNIDAD AUTONOMA DE MURCIA

Murcia	968 229264
Cartagena	968 326131

COMUNIDAD AUTONOMA DE NAVARRA

Pamplona	948 427192
----------	------------

COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO

Bilbao	94 4235829 / 94 4247105
San Sebastián	943 474517
Vitoria	945 234897/98

COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA

Logroño	941 214734 / 941 287116
Haro	941 305626/27
Calahorra	941 145346/48

COMUNIDAD AUTONOMA DE VALENCIA

Alicante	96 5287573
Castellón	96 4356148
Elche (Alicante)	96 5448601 / 96 5455916
Valencia	96 3865530

ANEXO 5

5. NORMATIVA LEGAL RELACIONADA CON LOS MTPM

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

TÍTULO PRELIMINAR

Artículo 9

2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

TÍTULO I

De los derechos y deberes fundamentales

Artículo 10

1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

CAPITULO SEGUNDO

Derechos y libertades

Artículo 14

Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

SECCIÓN 1ª

De los derechos fundamentales y de las libertades públicas

Artículo 15

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.

Artículo 18

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
2. 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.
3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.

Artículo 24

1. Todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión.
2. Asimismo, todos tienen derecho al Juez ordinario predeterminado por la ley, a la defensa y a la asistencia de letrado, a ser informados de la acusación formulada contra ellos, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa, a no declarar contra sí mismos, a no confesarse culpables y a la presunción de inocencia.

La ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos.

CAPÍTULO TERCERO

De los principios rectores de la política social y económica

Artículo 50

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

CÓDIGO PENAL. (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre)

LIBRO II Delitos y sus penas

TÍTULO III De las lesiones

Artículo 147.

1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

Con la misma pena será castigado el que, en el plazo de un año, haya realizado cuatro veces la acción descrita en el artículo 617 de este Código. (Párrafo añadido por la modificación establecida por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre)

2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido. (Párrafo modificado por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre)

Artículo 148.

Las lesiones previstas en el apartado 1 del Artículo anterior podrán ser castigadas con la pena de prisión de dos a cinco años, atendiendo al resultado causado o riesgo producido:

1.º Si en la agresión se hubieren utilizado armas, instrumentos, objetos, medios, métodos o formas concretamente peligrosas para la vida o salud, física o psíquica, del lesionado.

2.º Si hubiere mediado ensañamiento.

3.º Si la víctima fuere menor de doce años o incapaz.

Artículo 153. (Artículo redactado de acuerdo con la modificación establecida por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre)

1. El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficios de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años.

2. Si la víctima del delito previsto en el apartado anterior fuere alguna de las personas a que se refiere el artículo 173.2, exceptuadas las personas contempladas en el apartado anterior de este artículo, el autor será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento de seis meses a tres años.

3. Las penas previstas en los apartados 1 y 2 se impondrán en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

4. No obstante lo previsto en los apartados anteriores, el Juez o Tribunal, razonándolo en sentencia, en atención a las circunstancias personales del autor y las concurrentes en la realización del hecho, podrá imponer la pena inferior en grado.

CAPITULO I

De las detenciones ilegales y secuestros

Artículo 163.

1. El particular que encerrare o detuviere a otro, privándole de su libertad, será castigado con la pena de prisión de cuatro a seis años.

2. Si el culpable diera libertad al encerrado o detenido dentro de los tres primeros días de su detención, sin haber logrado el objeto que se había propuesto, se impondrá la pena inferior en grado.

3. Se impondrá la pena de prisión de cinco a ocho años si el encierro o detención ha durado más de quince días.

4. El particular que, fuera de los casos permitidos por las leyes, aprehendiere a una persona para presentarla inmediatamente a la autoridad, será castigado con la pena de multa de tres a seis meses.

CAPITULO II

De las amenazas

Artículo 169.

El que amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, será castigado:

1.º Con la pena de prisión de uno a cinco años, si se hubiere hecho la amenaza exigiendo una cantidad o imponiendo cualquier otra condición, aun-



que no sea ilícita, y el culpable hubiere conseguido su propósito. De no conseguirlo, se impondrá la pena de prisión de seis meses a tres años.

Las penas señaladas en el párrafo anterior se impondrán en su mitad superior si las amenazas se hicieren por escrito, por teléfono o por cualquier medio de comunicación o de reproducción, o en nombre de entidades o grupos reales o supuestos.

2.º Con la pena de prisión de seis meses a dos años, cuando la amenaza no haya sido condicional.

TITULO VII

De las torturas y otros delitos contra la integridad moral

Artículo 173. (Artículo redactado de acuerdo con la modificación establecida por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre)

1. El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.

2. El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando alguno o algunos de los actos de violencia se perpetren en presencia de menores, o utilizando armas, o tengan lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad o prohibición de la misma naturaleza.

3. Para apreciar la habitualidad a que se refiere el apartado anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.

TÍTULO VIII

Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales

CAPÍTULO I

De las agresiones sexuales

Artículo 178.

El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años.

TÍTULO IX

De la omisión del deber de socorro

Artículo 195.

1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.
2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.
3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a 18 meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años. (Apartado redactado de acuerdo con la modificación establecida por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre)

Artículo 196.

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del Artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

CAPÍTULO III

De los delitos contra los derechos y deberes familiares

SECCIÓN 3.ª DEL ABANDONO DE FAMILIA, MENORES O INCAPACES

(Antes de la modificación de la ley Orgánica 9/2002 era la sección 2ª)

Artículo 226.

1. El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses. (Apartado redactado de acuerdo con la modificación establecida por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre)



2. El Juez o Tribunal podrá imponer, motivadamente, al reo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar por tiempo de cuatro a diez años.

Artículo 229.

1. El abandono de un menor de edad o un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años.

2. Si el abandono fuere realizado por los padres, tutores o guardadores legales, se impondrá la pena de prisión de dieciocho meses a tres años.

3. Se impondrá la pena de prisión de dos a cuatro años cuando por las circunstancias del abandono se haya puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del menor de edad o del incapaz, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda si constituyera otro delito más grave.

Artículo 230.

El abandono temporal de un menor de edad o de un incapaz será castigado, en sus respectivos casos, con las penas inferiores en grado a las previstas en el Artículo anterior.

TITULO XIII

Delitos contra el patrimonio y contra el orden socioeconómico

SECCIÓN 2.ª DE LA APROPIACIÓN INDEBIDA

Artículo 252. (Artículo redactado de acuerdo con la modificación establecida por la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre)

Serán castigados con las penas del artículo 249 ó 250, en su caso, los que en perjuicio de otro se apropiaren o distrajeren dinero, efectos, valores o cualquier otra cosa mueble o activo patrimonial que hayan recibido en depósito, comisión o administración, o por otro título que produzca obligación de entregarlos o devolverlos, o negaren haberlos recibido, cuando la cuantía de lo apropiado exceda de cuatrocientos euros. Dicha pena se impondrá en su mitad superior en el caso de depósito necesario o miserable.

LIBRO III

FALTAS Y SUS PENAS

TÍTULO I

Faltas contra las personas

Artículo 619.

Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días los que dejen de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados.

Artículo 620. (Artículo redactado de acuerdo con la modificación establecida por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre)

Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días:

1.º Los que de modo leve amenacen a otro con armas u otros instrumentos peligrosos, o los saquen en riña, como no sea en justa defensa, salvo que el hecho sea constitutivo de delito.

2.º Los que causen a otro una amenaza, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve, salvo que el hecho sea constitutivo de delito.

Los hechos descritos en los dos números anteriores sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

En los supuestos del número 2.º de este artículo, cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2, la pena será la de localización permanente de cuatro a ocho días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a diez días. En estos casos no será exigible la denuncia a que se refiere el párrafo anterior de este artículo, excepto para la persecución de las injurias.

CÓDIGO CIVIL (Real Decreto de 24 julio 1889)

TÍTULO VI

De los alimentos entre parientes.

Artículo 142.

Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica.

Los alimentos comprenden también la educación e instrucción del alimentista mientras sea menor de edad y aun después cuando no haya terminado su formación por causa que no le sea imputable.

Entre los alimentos se incluirán los gastos de embarazo y parto. en cuanto no estén cubiertos de otro modo.

Artículo 143.

Están obligados recíprocamente a darse alimentos en toda la extensión que señala el artículo precedente:

1. Los cónyuges.
2. Los ascendientes y descendientes.

Los hermanos sólo se deben los auxilios necesarios para la vida cuando los necesiten por cualquier causa que no sea imputable al alimentista, y se extenderán en su caso a los que precisen para su educación.

Artículo 144.

La reclamación de alimentos cuando proceda y sean dos o más los obligados a prestarlos, se hará por el orden siguiente:

1. Al cónyuge.
2. A los descendientes de grado más próximo.
3. A los ascendientes, también de grado más próximo.
4. A los hermanos, pero estando obligados en ultimo lugar los que sólo sean uterinos o consanguíneos.

Entre los descendientes y ascendientes se regulará la gradación por el orden en que sean llamados a la sucesión legítima de la persona que tenga derecho a los alimentos.

Artículo 145.

Cuando recaiga sobre dos o más personas la obligación de dar alimentos, se repartirá entre ellas el pago de la pensión en cantidad proporcional a su caudal respectivo.

Sin embargo, en caso de urgente necesidad y por circunstancias especiales, podrá el Juez obligar a una sola de ellas a que los preste provisionalmente, sin perjuicio de su derecho a reclamar de los demás obligados la parte que les corresponda.

Cuando dos o más alimentistas reclamaren a la vez alimentos de una misma persona obligada legalmente a darlos, y ésta no tuviere fortuna bas-



tante para atender a todos, se guardará el orden establecido en el artículo anterior, a no ser que los alimentistas concurrentes fuesen el cónyuge y un hijo sujeto a la patria potestad, en cuyo caso éste será preferido a aquél.

Artículo 146.

La cuantía de los alimentos será proporcionada al caudal o medios de quien los da y a las necesidades de quien los recibe.

Artículo 147.

Los alimentos, en los casos a que se refiere el anterior, se reducirán o aumentarán proporcionalmente según el aumento o disminución que sufran las necesidades del alimentista y la fortuna del que hubiere de satisfacerlos.

Artículo 148.

La obligación de dar alimentos será exigible desde que los necesitare, para subsistir, la persona que tenga derecho a percibirlos pero no se abonarán sino desde la fecha en que se interponga la demanda.

Se verificará el pago por meses anticipados, y, cuando fallezca el alimentista, sus herederos no estarán obligados a devolver lo que éste hubiese recibido anticipadamente.

El Juez, a petición del alimentista o del Ministerio Fiscal, ordenará con urgencia las medidas cautelares oportunas para asegurar los anticipos que haga una entidad pública u otra persona y proveer a las futuras necesidades.

Artículo 149.

El obligado a prestar alimentos podrá, a su elección, satisfacerlos, o pagando la pensión que se fije, o recibiendo y manteniendo en su propia casa al que tiene derecho a ellos.

Esta elección no será posible en cuanto contradiga la situación de convivencia determinada para el alimentista por las normas aplicables o por resolución judicial. También podrá ser rechazada cuando concurra justa causa o perjudique el interés del alimentista menor de edad.

Artículo 150.

La obligación de suministrar alimentos cesa con la muerte del obligado, aunque los prestase en cumplimiento de una sentencia firme.

Artículo 151.

No es renunciable ni transmisible a un tercero el derecho a los alimentos. Tampoco pueden compensarse con lo que el alimentista deba al que ha de prestarlos.

Pero podrán compensarse y renunciarse las pensiones alimenticias atrasadas, y transmitirse a título oneroso o gratuito el derecho a demandarlas.

Artículo 152.

Cesará también la obligación de dar alimentos:

1º. Por muerte del alimentista.





2º. Cuando la fortuna del obligado a darlos se hubiere reducido hasta el punto de no poder satisfacerlos sin desatender sus propias necesidades y las de su familia.

3º. Cuando el alimentista pueda ejercer un oficio, profesión o industria, o haya adquirido un destino o mejorado de fortuna, de suerte que no le sea necesaria la pensión alimenticia para su subsistencia.

4º. Cuando el alimentista, sea o no heredero forzoso, hubiere cometido alguna falta de las que dan lugar a la desheredación.

5º. Cuando el alimentista sea descendiente del obligado a dar alimentos y la necesidad de aquél provenga de mala conducta o de falta de aplicación al trabajo, mientras subsista esta causa.

Artículo 153.

Las disposiciones que preceden son aplicables a los demás casos en que por este Código, por testamento o por pacto se tenga derecho a alimentos, salvo lo pactado, lo ordenado por el testador o lo dispuesto por la ley para el caso especial de que se trate.

TÍTULO IX

DE LA INCAPACITACIÓN.

Artículo 199.

Nadie puede ser incapacitado sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley.

Artículo 200.

Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

TÍTULO X

DE LA TUTELA, DE LA CURATELA Y DE LA GUARDA DE LOS MENORES O INCAPACITADOS

CAPÍTULO II

DE LA TUTELA

Artículo 222.

Estarán sujetos a tutela:

1º. Los menores no emancipados que no estén bajo la patria potestad.

2º. Los incapacitados, cuando la sentencia lo haya establecido.

3º. Los sujetos a la patria potestad prorrogada, al cesar ésta, salvo que proceda la curatela.

4º. Los menores que se hallen en situación de desamparo.

Artículo 223. (Artículo modificado por la Ley 41/ 2003, de 18 de noviembre)

Los padres podrán en testamento o documento público notarial nombrar tutor, establecer órganos de fiscalización de la tutela, así como designar las

personas que hayan de integrarlos u ordenar cualquier disposición sobre la persona o bienes de sus hijos menores o incapacitados.

Asimismo, cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor. Los documentos públicos a los que se refiere el presente artículo se comunicarán de oficio por el notario autorizante al Registro Civil, para su indicación en la inscripción de nacimiento del interesado.

En los procedimientos de incapacitación, el juez recabará certificación del Registro Civil y, en su caso, del registro de actos de última voluntad, a efectos de comprobar la existencia de las disposiciones a las que se refiere este artículo

Artículo 269.

El tutor está obligado a velar por el tutelado y, en particular:

1º. A procurarle alimentos.

2º. A educar al menor y procurarle una formación integral.

3º. A promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad.

4º. A informar al Juez anualmente sobre la situación del menor o incapacitado y rendirle cuenta anual de su administración.

Artículo 270.

El tutor único y, en su caso, el de los bienes es el administrador legal del patrimonio de los tutelados y está obligado a ejercer dicha administración con la diligencia de un buen padre de familia.

LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL (Ley 1/2000, de 7 de enero)

CAPÍTULO II

De los procesos sobre la capacidad de las personas

Artículo 756. Competencia.

Será competente para conocer de las demandas sobre capacidad y declaración de prodigalidad el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida la persona a la que se refiera la declaración que se solicite.

Artículo 757. Legitimación en los procesos de incapacitación y de declaración de prodigalidad.

1. La declaración de incapacidad puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz. (Apartado modificado por ley 41/2003)

2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.

3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

4. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, la incapacitación de menores de edad, en los casos en que proceda conforme a la Ley, sólo podrá ser promovida por quienes ejerzan la patria potestad o la tutela.

5. La declaración de prodigalidad sólo podrá ser instada por el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del presunto pródiigo o se encuentren en situación de reclamárselos y los representantes legales de cualquiera de ellos. Si no la pidieren los representantes legales, lo hará el Ministerio Fiscal.

Artículo 758. Personación del demandado.

El presunto incapaz o la persona cuya declaración de prodigalidad se solicite pueden comparecer en el proceso con su propia defensa y representación.

Si no lo hicieren, serán defendidos por el Ministerio Fiscal, siempre que no haya sido éste el promotor del procedimiento. En otro caso, se designará un defensor judicial, a no ser que estuviere ya nombrado.

Artículo 759. Pruebas y audiencias preceptivas en los procesos de incapacitación.

1. En los procesos de incapacitación, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 752, el tribunal oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí

mismo y acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda y demás medidas previstas por las leyes. Nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el tribunal.

2. Cuando se hubiera solicitado en la demanda de incapacitación el nombramiento de la persona o personas que hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él, sobre esta cuestión se oirá a los parientes más próximos del presunto incapaz, a éste, si tuviera suficiente juicio, y a las demás personas que el tribunal considere oportuno.

3. Si la sentencia que decida sobre la incapacitación fuere apelada, se ordenará también de oficio en la segunda instancia la práctica de las pruebas preceptivas a que se refieren los apartados anteriores de este artículo.

Artículo 760. Sentencia.

1. La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado, y se pronunciará, en su caso, sobre la necesidad de internamiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 763.

2. En el caso a que se refiere el apartado 2 del artículo anterior, si el tribunal accede a la solicitud, la sentencia que declare la incapacitación o la prodigalidad nombrará a la persona o personas que, con arreglo a la Ley, hayan de asistir o representar al incapaz y velar por él.

3. La sentencia que declare la prodigalidad determinará los actos que el pródigo no puede realizar sin el consentimiento de la persona que deba asistirle.

Artículo 761. Reintegración de la capacidad y modificación del alcance de la incapacitación.

1. La sentencia de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse un nuevo proceso que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida.

2. Corresponde formular la petición para iniciar el proceso a que se refiere el apartado anterior, a las personas mencionadas en el apartado 1 del artículo 757, a las que ejercieren cargo tutelar o tuvieran bajo su guarda al incapacitado, al Ministerio Fiscal y al propio incapacitado.

Si se hubiera privado al incapacitado de la capacidad para comparecer en juicio, deberá obtener expresa autorización judicial para actuar en el proceso por sí mismo.

3. En los procesos a que se refiere este artículo se practicarán de oficio las pruebas preceptivas a que se refiere el artículo 759, tanto en la primera instancia como, en su caso, en la segunda.

La sentencia que se dicte deberá pronunciarse sobre si procede o no dejar sin efecto la incapacitación, o sobre si deben o no modificarse la extensión y los límites de ésta.



Artículo 762. Medidas cautelares.

1. Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación.

2. El Ministerio Fiscal podrá también, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación de una persona, solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas a que se refiere el apartado anterior.

Las mismas medidas podrán adoptarse, de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacitación.

3. Como regla, las medidas a que se refieren los apartados anteriores se acordarán previa audiencia de las personas afectadas. Para ello será de aplicación lo dispuesto en los artículos 734, 735 y 736 de esta Ley.

Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de

cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado.

En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.





OTRAS NORMATIVAS A TENER EN CUENTA:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 35/1995, de 11 diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en Materia de Protección a las Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 27/2003, de 31 julio , reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.
- Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
- Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Relaciones Familiares de los Nietos con los Abuelos.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad de las Personas con Discapacidad.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

ANEXO 6

6. MODELO DE SOLICITUD DE INCAPACITACIÓN

Ilmo Sr.:

A los efectos de lo previsto en el Art. 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a continuación pasamos a comunicar a V.S. los siguientes hechos:

1º Que en este Centro Residencial de Mayores, cuyo nombre y domicilio figuran en este escrito reside D. (ª) _____ ,

DNI _____ .

199

2º Que la citada persona presenta claros síntomas de una presumible falta de auto-gobierno, no estando civilmente incapacitada.

Se adjunta certificado médico acreditativo de la existencia de la siguiente patología:

_____ .

3º Que de las gestiones que este Centro ha podido hacer D. (ª) _____

_____ tiene los siguientes familiares directos, parientes o amigos cercanos.¹

²Lo anterior lo comunicamos a V.S. para su conocimiento y efectos.

_____ , a _____ de _____ de 200

El Director Gerente del Centro

Ilmo. Sr. Fiscal Jefe de la Audiencia Provincial.

¹ Relacionar a ser posible con nombre, apellidos y dirección. Si hay familiares, excluir al resto.

² Se puede introducir un apartado en el que se deje constancia de la "posibilidad", más o menos fundada, de existencia de malos tratos, proponiendo las diligencias oportunas para constatar los hechos, así como la adopción de medidas cautelares que pueden ser sugeridas al juez (por ejemplo, ingreso urgente en una residencia, vigilancia del patrimonio, etc).

ANEXO 7

7. MODELO DE SOLICITUD DE INTERNAMIENTO NO VOLUNTARIO

Ilmo Sr.:

A los efectos de lo previsto en el Art. 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a continuación pasamos a comunicar a V.S. los siguientes hechos:

200 ● 1º Que este Centro Residencial, cuyo nombre y domicilio figuran en este escrito, tiene como objeto³ _____ .

2º Que entre las personas residentes del Centro figura D. (ª) _____ ,

DNI _____ .

3º Que la citada persona no está civilmente incapacitada.

4º Que con fecha _____ , el mencionado Sr. (ª) presentó síntomas de demencia que según dictamen médico, que se acompaña, requirieron su urgente hospitalización en el Centro⁴ _____ , situado en la localidad de _____ , provincia de _____ , calle _____ , nº _____ , teléfono _____ .

Lo anterior lo comunicamos a V.S. a los efectos oportunos.

_____ , a _____ de _____ de 200

El Director Gerente del Centro

Imo. Sr. Juez de Primera Instancia.

³ Especificar el objeto del Centro. Por ejemplo, Residencia de Personas Mayores, Psicogeriátrico, etc.

⁴ Rellenar con los datos del Centro. Si no se ha ingresado, indicar en donde se encuentra el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36(1): 8-14.
- Bazo MT. Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 10-12.
- Bennett G. Elder Abuse. Doctors must acknowledge it, look for it, and learn how to prevent it. *BMJ* 1999; 318: 278.
- Biggs S, Phillipson Ch, Kingston P. Elder abuse in perspective. Buckingham: Open University Press; 1995.
- Bostock DJ, Auster S, Bradshaw RD, Brewster A, Chapin M, Williams C. Violencia familiar. (Monografía). American Academy of Family Physicians. Ed. Española. 2003. p. 39-44.
- Bover A, Moreno ML, Mota S, Taltavull JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria* 2003; 32(9): 541-542.
- Callahan JJ. Elder abuse; some questions for the policymakers. *Gerontologist* 1988; 28(4): 453-458.
- Defensor del Pueblo. Informes, Estudios y Documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: Publicaciones D.F; 2000.
- Decalmer P, Glendenning F. Compiladores. El maltrato a las personas mayores. Barcelona: Paidós; 2000.
- Fernández Liria, A. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2002.
- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema; 1991.
- Heras las MP. La atención a las personas mayores en la red del sistema público de Servicios Sociales. En: Martín M. Trabajo Social en Gerontología. Madrid: Síntesis; 2003. p. 175-203.
- Illana-Conde A. La ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil : una nueva perspectiva en la protección de las personas mayores discapacitadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39(3): 185-92.
- IMSERSO. La Protección Social de la Dependencia. Madrid: Publicaciones Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999.
- Kessel H., Marín N, Maturana N, Castañeda L, Pageo M, Larrión JL. Primera Conferencia Nacional del Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31(6): 367-372.
- KesselH. ¿Estoy asistiendo a un anciano maltratado?. *Geriatrionet.com* (en línea) 2002 (11 de mayo de 2004); 4 (1): 39-44.. Disponible en <http://www.geriatrionet.com>.
- Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 332 (7): 437-443.



- Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37: 469-474.
- Larrión JL, De Paúl J. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 216-219.
- Lázaro del Nogal M. Abusos y malos tratos en el anciano. En: Ribera JM, Gil P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edimsa; 1995. p. 155-171.
- Lázaro del Nogal M. El maltrato como urgencia geriátrica. En: Ribera JM, Gil P. Editores. Urgencias en Geriátrica. Madrid: Edimsa; 1997.
- MacLean MJ. Editor. Abuse & neglect of older Canadians: strategies for change. Ottawa: Canadian Association on Gerontology. Toronto: Thompson Educational Publishing; 1995.
- Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Elder abuse: using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics* 2000; 55: 42-53. (Traducción castellana: Abuso del anciano: cómo identificarlo. *Modern Geriatrics (Ed. Española)* 2000; 12 (6): 190-196).
- Martínez-Maroto A. Temas jurídicos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. AFAL Madrid: Cajamadrid; 2002.
- Martínez-Maroto A. ¿Son la incapacitación y la tutela instrumentos útiles en la atención integral a la persona mayor con demencia? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38(supl 3):65-71.
- Merino C, Gutiérrez B. Aspectos sociales de la atención a las personas mayores. En: Ribera JM, Cruz AJ. Geriátrica en Atención Primaria. 3ª ed.. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 101-109.
- Molina MP, García M. Programa de actuación del trabajador social en situaciones de riesgo de maltrato. *Revista de Trabajo Social y Salud*. 2000. 37.
- Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38: 177-85.
- Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in Geriatrics: A guide for clinicians. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 554-562.
- Nelson HD, Nygren P, McInermey Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for de U.S. Preventive Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2004; 140(5): 387-404.
- OMS, INPEA. Voces Ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 319-331.
- OMS, Universidad de Toronto y de Ryerson, INPEA. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 332-333.
- Papadopoulos, A, La Fontaine J. Elder Abuse: Therapeutic Perspectives in Practice. United Kingdom: Wislow Press Ltd; 2000.

- Paris BE, Meier DE, Goldstein T, Weiss M y Fein ED. Elder abuse and neglect: How to recognise warning signs and intervene. *Geriatrics* 1995; 50: 47-51.
- Quinn M.J, Tomita S.K. *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies*. 2ª ed.. New York: Springer; 1997.
- Robert N, Butler MD. Warning sings of elder abuse. *Geriatrics* 2000; 54: 3-4.
- Rubio A, Coma M, Boncompte P, Altet J, Porta N, Duaso P. El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. *Aten Primaria* 2000; 26(9): 641-646.
- Ruiz A, Altet J, Posta N, Duaso P, Coma M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria* 2001; 27: 331-334.
- Sancho, MT. Atención sociosanitaria. Apuntes para el debate. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36(S5): 56-61.
- Sánchez del Corral F, García-Armesto S, Pajares G, Otero A y Ruipérez I. Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39: 64-85.
- Sánchez del Corral F, Ruipérez I. Malos tratos hacia las personas mayores. En Toquero F, Zarco J. Coordinadores. *Guía de buena práctica clínica: Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño*. Madrid: IM&C; 2003. p. 13-40.
- Simón Lorda P. El consentimiento informado y el anciano. En: Ribera JM, Gil P. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Edimsa; 1995. p. 33-44.
- Sociedad Española de Geritaría y Gerontología. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39:240-54.
- Swagerty DL, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. *Am Fam Physician* 1999; 59(10): 2804-2808.
- Tabueña CM. Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores. *Med clin (Barc)* 2001; 116 Supl 1: 137-139.
- Terribas N. Las voluntades anticipadas y su especial consideración en el paciente geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38(Supl 3): 53-64.
- Thompson CF, Atkins D, Patterson C, Macmillan HL, Macmillan JH, Offord DR. Violencia Familiar. En: U.S. Preventive Services Task Force. Editores. *Guía de Medicina Clínica Preventiva*. Edición española. Barcelona: Medical Trends; 1998. p. 441-451.
- Zambon M. Sensibilisation sur des abus par négligence ou omission pouvant être exercés à l'encontre des personnes âgées. <http://membres.lycos.fr/papidoc/400bd.html> (visitada el 18 de Abril de 2004)



2. PÁGINAS WEB RECOMENDADAS

- A través del **Portal Mayores** del IMSERSO se puede acceder a enlaces seleccionados entre los sitios web relacionados con los malos tratos a personas mayores.
<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/maltrato/enlaces.html>
- Action on Elder Abuse: <http://www.elderabuse.org.uk>
- Administration on Aging: <http://www.aoa.gov/>
- Alma France: <http://www.alma-france.org>
- American Association of Retired Persons (AARP):
<http://www.aarp.org/>
- Association Daniel Goutaine:
<http://users.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html>
- Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse:
<http://www.mun.ca/elderabuse>
- Elder Abuse Prevention:
<http://www.elderabuseprevention-eastbay.org/>
- International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA):
<http://www.inpea.net>
- Gerontologie en Institution: <http://membres.lycos.fr/papidoc>
- National Center on Elder Abuse (NCEA):
<http://www.elderabusecenter.org/>
- National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA):
<http://preventelderabuse.org/>
- Viellir en Liberté: <http://www.fep.unmontreal.ca/violence/>

3. PUBLICACIONES DE INTERÉS SOBRE PERSONAS MAYORES

- **Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias.** Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Publicación periódica y gratuita, también disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España. Previsión al año 2010.** Puga González M.D. Madrid: Fundación Pfizer; 2002. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Envejecer en España** Sancho Castiello, M.T. (Cord.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Colección Observatorio de Personas Mayores N° 8; 2002. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Geriatría XXI, análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores.** Guillén Llera, F y Ribera Casado J.M. Madrid: EDIMSA; 2000.
- **Guía 2004 de Residencias para Personas Mayores en España.** Observatorio de personas Mayores del IMSERSO. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2004. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Informe 2004. Las personas Mayores en España.** Sancho Castiello, M.T. (Cord.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2004. 2 vol. (en prensa). También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Intervención Psicosocial en Gerontología: manual práctico.** Yanguas J et al. Madrid: Cáritas Española; 1998.
- **La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos.** Oficina del Defensor del Pueblo. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo; 2000. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **La tercera edad y el consumo.** Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional del Consumo. Madrid: Instituto Nacional del



Consumo; 2000. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>

- **Percepciones Sociales Sobre las Personas Mayores**. CIMOP. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Colección Observatorio de Personas Mayores N° 10; 2002. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 (Informe de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento)**. Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 2002. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Plan de acción para las personas mayores 2003-2007**. IMSERSO, Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2003. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>
- **Valoración Geriátrica Integral**. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT. Madrid: Glosa; 2001.
- **Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales**. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología-IMSERSO. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Colección Observatorio de Personas Mayores N° 13; 2004. También disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/>

4. GUÍAS PARA CUIDADORES

- Alzheimer. Guía para cuidadores y profesionales de atención primaria. Ruiz-Adame M, Portillo MC. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1996.
- Because we care. A Guide for People Who Care. U.S: Department of Health and Human Services; 2002.
<http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/administration-guia-01.pdf>
- Caring for the Alzheimer patient. A practical guide. Dippel R.L, Hutton J.T. Nueva York: Prometheus Books; 1991.
- Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Vol 1. Cuidarse y cuidar mejor. Izal M, Montorio I, Díaz P. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. IMSERSO; 1998.
- Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Vol 2. Resolviendo problemas difíciles. Izal M, Montorio I, Díaz P. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. IMSERSO; 1998.
- Guía de recomendaciones para el diseño y selección de mobiliario para personas mayores. Instituto de Biomecánica de Valencia. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO; 1995.
- Guía para Cuidadores. La Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados. Washington State Department of Social and Health Services. http://www.aasa.dshs.wa.gov/Library/Alzh_SP_22-450.pdf
- La enfermedad de Alzheimer. Ochoa E. Madrid: Aguilar; 1996.
- La Enfermedad del Olvido. Orduña, M.J, Gil P. Barcelona: Parke-Davis; 1995.
- Manual del cuidador. Una guía para cuidadores. Washington State Department of Social and Health Services.
http://www.aasa.dshs.wa.gov/library/Spanish_22-277.pdf
- 36 horas al día. Mace N, Rabins P. Barcelona: Ancora; 1991.
- Vivir con... la Enfermedad de Alzheimer. Selmes A, Selmes J Madrid: Meditor; 1990.



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



ISBN 84-8446-085-1



9 788484 460855

P.V.P.: 12 €