

## Los abusos a las personas mayores

Cornelia-Mercedes Tabueña Lafarga

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

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

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

**Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación**

**Programa de doctorado “Psicogerontología: canvi i optimització”**

**Bienio: 1995-96 y 1996-97**

**Facultad de Psicología**

**Universidad de Barcelona**

***Los abusos a las personas mayores***

Tesis doctoral presentada por:

**C. Mercedes Tabueña Lafarga**

Directora de la tesis:

**Dra. Carme Triadó Tur**

**Barcelona, Marzo de 2006.**

## **CAPÍTULO 7**

### **La prevención y la evaluación**

#### **7.1.- La prevención**

##### **7.1.1.- Grados de actividades preventivas**

###### **7.1.1.1.- La prevención primaria**

###### **7.1.1.2.- La prevención secundaria**

##### **7.1.2.- Como prevenir los malos tratos a las personas mayores en el medio institucional**

#### **7.2.- La evaluación**

##### **7.2.1.- Buena práctica de entrevista para las situaciones de maltrato sospechado o confirmado**

#### **7.3.- Valoración del estado de la víctima**

##### **7.3.1.- El estado físico**

##### **7.3.2.- El estado psíquico**

##### **7.3.3.- El estado cognitivo**

#### **7.4.- Valoración ambiental, familiar y de la calidad de vida**

##### **7.4.1.- La carga del cuidador y sus consecuencias**

##### **7.4.2.- Las personas que cuidan, tema de investigación**

#### **7.5.- Evaluación del maltrato**

##### **7.5.1.- Tipología, Frecuencia y Progresión del maltrato**

##### **7.5.2.- La gravedad del caso**

##### **7.5.3.- La competencia de la persona mayor víctima**

##### **7.5.4.- La accesibilidad**

##### **7.5.5.- Los recursos disponibles**

#### **7.6.- Evaluación del maltrato institucional**

### 7.1.- La prevención

En el presente capítulo examinaremos las estrategias de prevención que se pueden aplicar en las situaciones de malos tratos dirigidos a las personas mayores.

Se puede prevenir la violencia y la negligencia tanto en el medio familiar como en el institucional. Las medidas de prevención suelen ser relativamente sencillas y especialmente coherentes, así como económicas, si el coste de la intervención se compara con los costes que implica hacer frente a las repercusiones que ocasionan los actos de violencia una vez cometidos.

Las situaciones de ayuda y de prestación de cuidados a personas mayores, ya sean en su domicilio o en instituciones, presentan riesgo de abusos caracterizados por un estado de sufrimiento y las personas implicadas deben tener la posibilidad de aceptar o no las propuestas de intervención individual, grupal o comunitaria, susceptibles de aminorar o cambiar los comportamientos afectivos o cognitivos de los protagonistas. No obstante, las estrategias han de implicar acciones administrativas, acciones sobre el usuario y acciones relativas al personal.

El primer paso de la prevención es aprender a reconocer las dinámicas causantes del problema y asumir que los riesgos existen. Hay que buscar más allá de las explicaciones típicas, tales como los mayores siempre se quejan por todo, son muy difíciles de tratar, etc.

A continuación señalamos, de una forma muy general, algunas de las posibles acciones a abordar con finalidad preventiva:

- Identificar los indicadores conocidos de malos tratos ya sea en el domicilio o en la institución, así como los relativos al cuidador principal.
- Reforzar los contactos que se llevan a cabo entre los diferentes servicios sociales y los servicios de salud que interactúan con la persona mayor.
- Proceder a una evaluación continuada y exhaustiva, por parte de los profesionales que intervienen, de la situación referida a la persona mayor.
- Velar para que exista una óptima coordinación entre los servicios que participan en la situación.
- Evaluar los recursos de soporte naturales (informales), especialmente para controlar posibles situaciones de estrés.
- Verificar la existencia o no de conflicto importante entre el cuidador y la persona mayor, para medir el nivel de riesgo.
- Dar tanto a la familia como a los cuidadores información acerca las características más relevantes del proceso de enfermedad que padece la persona mayor.
- Buscar, en colaboración con el equipo inter-disciplinar, los medios adecuados para aumentar la autonomía y la autoestima de la persona mayor.
- Asegurarse del buen nivel de higiene y nutrición en el que se halla la persona anciana.
- Evitar el aislamiento de las personas que intervienen en el caso, sean profesionales, familiares o voluntarios, creando espacios de supervisión para tratar los aspectos conflictivos de la situación.

Con el cumplimiento de estas acciones por parte de los profesionales, difícilmente podrá tener lugar algún tipo de maltrato o abuso en las personas mayores atendidas.

### **7.1.1.- Grados de actividades preventivas**

El mayor esfuerzo a realizar respecto a la intervención sobre casos de malos tratos a ancianos, debe hacerse desde la prevención. No nos cabe duda de que hay varios modelos que se pueden utilizar para conceptuar las actividades preventivas, aunque

---

en este caso utilizaremos dos de ellos para enmarcar el tema bajo un punto de vista heurístico.

#### 7.1.1.1.- La prevención primaria

Esta forma de prevención consiste en ejecutar acciones anticipadas destinadas a detener o impedir que ciertas situaciones puedan llegar a ocurrir. En definitiva, se trata de que el maltrato no suceda. Para ello existen diversas estrategias:

- a) *Iniciativas en materia de educación.* Se piensa que la sensibilización y la educación de la población son elementos críticos para una aproximación global al tema de la violencia y de los malos tratos hacia las personas mayores. No se trata solamente de incrementar conocimientos sino que se trata también de modificar actitudes, comportamientos y valores. Por esta razón, la educación constituye una estrategia de prevención fundamental (Podnieks y Baillie, 1995).
- b) *La educación de las personas mayores.* Se trata de centrar la atención en las actividades dirigidas a la educación de las personas mayores, hacerlas conocedoras de sus derechos y de los recursos a los que pueden acudir en demanda de ayuda. Esto les permite protegerse y proteger sus derechos. Así mismo, de esta forma se contribuye a proporcionarles un sentimiento de control y de eficacia personal (Reis, M. y Nahmiash, D. 1995b).
- c) *Educación de los profesionales.* Entendemos como profesionales todas aquellas personas que ofrecen cuidados o asistencia a los ancianos (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, juristas, cuerpos de seguridad, trabajadores familiares, entre otros). Es particularmente importante que estos sean capaces de determinar los casos en los que las personas mayores son víctimas de violencia y de intervenir de forma apropiada y constructiva. La educación consiste en la adquisición de conocimientos y de las competencias necesarias para aplicarlas en sus funciones. Un aspecto relevante es ayudar a los profesionales a encontrar los medios necesarios para reflexionar sobre sus propias actitudes y creencias sobre el proceso de envejecimiento.

A menudo las fuentes de los prejuicios y de la discriminación están profundamente escondidas (Johnson, 1995). Es preciso generar ocasiones para la toma de conciencia, para reflexionar de una forma crítica y determinar si sus creencias

influyen en sus intervenciones respecto los malos tratos a los ancianos. El trabajo con víctimas de maltrato es todo un reto para los profesionales y es imprescindible dotarse de una buena formación y adecuada supervisión.

- d) *La educación de las personas cuidadoras.* Partimos de la base de que en estos momentos, en nuestro país, el cuidado de las personas ancianas dependientes está en su mayoría asumido por los propios familiares. Estos cuidadores pueden tener motivos muy diversos para hacerse cargo del anciano. Algunos lo hacen por sentimiento de culpabilidad, les preocupa el que dirán si no atienden a sus padres. Otros por motivaciones económicas. También se puede pensar que la única y válida opción es el ingreso en un centro gerontológico. En toda esta variabilidad, lo que sí puede ocurrir es que las personas cuidadoras, familiares o no, se vean afectadas por estrés, factor que posibilita el maltrato. Es por este motivo que los programas de educación juegan un papel tan importante en la prevención. Los grupos de soporte son una fuente reductora de ansiedad para los cuidadores y por lo tanto facilitan el cuidado de las personas mayores. La hipótesis subyacente es que la combinación de educación, formación y apoyo social, contribuirán a reducir la probabilidad de que surja la situación de agresión y conflicto en relación con la prestación de cuidados (Podnieks y Baillie, 1995).
- e) *Educación a la población en general.* Incumbe a toda la sociedad tomar las medidas oportunas para luchar contra la violencia y el maltrato, escondido y/o silenciado, y también lo es proporcionar soporte a las víctimas. Hace falta generar programas y proyectos para cubrir este gran vacío.

Los grupos y organizaciones que se ocupan de las personas mayores (incluimos los sindicatos), así como la población en general, pueden tener una gran incidencia sobre la manera cómo funcionan y se aplican las normas que rigen en las instituciones. Las personas y los grupos pueden ser agentes de influencia y de cambio respecto aquellos establecimientos dónde el comportamiento no es aceptable.

### **7.1.1.2.- La prevención secundaria**

La prevención secundaria se orienta hacia el diagnóstico a partir del momento en que aparece el problema de malos tratos. Se centra en evitar el desarrollo de un mayor

agravamiento de la situación problema. Por lo tanto la intervención en este nivel ayuda a resolver el problema tanto como sea posible, salvaguardando a la persona mayor maltratada, proporcionándole la ayuda necesaria y centrándose en acciones que impidan la continuación o repetición de las situaciones causa del problema. Este grado de prevención está estrechamente ligado con la detección de las situaciones de malos tratos y la posterior intervención que se trata en el capítulo 8.

### **7.1.2.- Como prevenir los malos tratos a las personas mayores en el medio institucional**

El hecho de que en muchas de nuestras instituciones no se haya reportado ninguna situación de violencia o negligencia, puede ser debido a que se considere que estos incidentes son inevitables y, por lo tanto, habituales. En otros casos, puede ocurrir que el centro desee proteger la reputación del establecimiento y trate la situación de la manera más discreta posible a fin de evitar el desprestigio. Incumbe al consejo de administración del centro la supervisión del buen funcionamiento y buena gestión del mismo. En el caso de que alguna medida necesaria no esté implementada, tal actitud puede ser motivo de denuncia por responsabilidad civil o criminal contra el propio establecimiento.

Existen cuatro niveles de responsabilidad en la prevención de los malos tratos institucionales. Estos hacen referencia tanto a la propia institución como a todo el personal colaborador, las propias personas residentes, sus familias y visitantes conocidos.

En primer lugar, es el establecimiento quien debe tomar las medidas necesarias para reducir el riesgo de que sufran malos tratos sus ancianos residentes o pacientes. A título de ejemplo, exponemos una serie de recomendaciones para cada nivel de actuación que pueden ayudar a evitar o reducir las situaciones de malos tratos en el medio institucional.



*A. Por parte de la institución:*

- Anunciar públicamente que el centro ofrece y se compromete a prestar unos servicios de calidad (control de calidad aún poco común en nuestros servicios sociales) y publicar una declaración de los derechos de los residentes.
- Velar para que todo el personal conozca o tenga información básica de que es lo que se considera maltrato institucional hacia los residentes.
- Adoptar una política de tolerancia cero con respecto a los malos tratos.
- Ofrecer de forma regular formación a todos los niveles y a todos los miembros del personal referente al proceso de envejecimiento, con la finalidad de que conozcan más a fondo las posibles necesidades de los ancianos.
- Dar formación y supervisión sobre la resolución de conflictos a todos los trabajadores así como tener regularmente reuniones inter-disciplinares para la planificación de cuidados y toma de decisiones.
- Favorecer entre el personal la práctica de alguna técnica de relajación que, especialmente en momentos de crisis, ayude a calmar las tensiones y las frustraciones que impiden actuar con corrección ante los mayores enfermos.
- Asegurar la rotación de puestos entre los trabajadores con los grupos de personas más difíciles, para evitar los posibles malos tratos.
- Buscar una fórmula para estimular, reconocer y potenciar la buena praxis de los profesionales.

*B. Por parte del personal del centro:*

- Insistir para que las cuestiones del cuidado y ayuda a los residentes difíciles y agresivos sean abordadas en las reuniones del personal.
- Parar en la actividad si uno considera que esta perdiendo la paciencia.
- Pedir excusas al residente si se le ha tratado de alguna forma que pueda herirle.
- Ser un buen conocedor de la política del centro y de los procedimientos a seguir en materia de malos tratos. En caso de no existir dicha política solicitar al supervisor del centro que es lo que se piensa de estos temas.
- Conocer bien la normativa legal y los derechos de las personas mayores.
- Tratar al residente de la misma forma en que uno quisiera ser tratado.
- Notificar y dar cuenta de todos los malos tratos que pueda observar o sospechar.

*C.- Sugerencias para los propios ancianos residentes*

- Las personas mayores deben conocer sus derechos y sus obligaciones.
- Tener confianza en la dirección del centro para denunciar posibles situaciones de malos tratos y no pensar que no entenderán lo que les ocurre, o que van a dudar de su testimonio.
- No pensar que si denuncian al empleado éste reaccionará endureciendo su maltrato.

*D.-Las familias y los amigos también pueden actuar para prevenir los malos tratos institucionales.*

- Visitar asiduamente y observar el trato que recibe la persona ingresada.
- En caso de necesidad, hablar con un cuidador de confianza sobre el trato que recibe el anciano de referencia.
- Conocer los derechos. En todos los establecimientos existe una declaración de derechos de los residentes. No debe olvidarse que alguna situación de maltrato podría llegar a ser una cuestión criminal.
- No tener ningún inconveniente en transmitir al trabajador del centro aquello que no parece adecuado en la forma de tratar a la persona mayor, anotar todos los detalles y comunicarlo a la dirección.

En nuestra cultura, la eliminación de la violencia y de los malos tratos representa el triunfo de nuestra humanidad sobre los vulnerables y las debilidades individuales.

**7.2.- La evaluación**

A lo largo de los últimos años han sido elaborados un cierto número de instrumentos de evaluación con la finalidad de facilitar la tarea de los profesionales de los servicios. La controversia que conlleva la cuestión de la violencia y los malos tratos a las personas mayores y la complejidad de los factores que se asocian exigen la participación de expertos de diversas profesiones. Todos estos profesionales pueden contribuir a tener una comprensión global de las situaciones de los malos tratos. Ahora bien, si el equipo no cuenta con profesionales de todas las disciplinas, es también

primordial que se aborden los principales aspectos que suscitan inquietudes. Una evaluación es aceptable en la medida en que se consigue resaltar las necesidades particulares de cada caso.

Las condiciones en que se producen los malos tratos a las personas mayores así como las características de las víctimas y de los individuos que pueden llevar a cabo los malos tratos, pueden ser tan diversas que requieren una evaluación integral (basada en el modelo biopsicosocial). La evaluación es el proceso básico, fundamental, multidimensional e interdisciplinar, que permite organizar posteriormente una estrategia de intervención individualizada y adecuada.

Los profesionales que intervengan han de estar preparados y tener las habilidades apropiadas para afrontar anímicamente y capacitadamente las distintas y diversas situaciones que se les puedan presentar, por ejemplo, llevar a cabo una entrevista con un anciano demente víctima de un abuso sexual (sería una situación similar el caso de abuso sexual a un niño).

El proceso de evaluación comprende dos fases:

1. Estimar los aspectos que hacen referencia a la víctima, al agresor y al entorno social.
2. Llevar a cabo una valoración del maltrato teniendo en cuenta todos los elementos analizadas en la fase anterior.

### **7.2.1. Buena práctica de entrevista para las situaciones de maltrato sospechado o confirmado**

La entrevista es uno de los procedimientos más utilizados en la intervención psicosocial y como técnica profesional no es privativa de una disciplina en concreto sino que son multidisciplinares los profesionales que dentro de su actividad la utilizan, por ejemplo: Psicólogos, Geriatras, Psicopedagogos, Trabajadores Sociales, etc., que la emplean con diversos objetivos y procurando obtener, de ordinario, algo más que la recopilación de datos. En el caso del investigador social, se entiende como técnica *“la utilización consciente e intencionada de conocimientos procedentes de la teoría, de la*

---

*experiencia y otras fuentes de información que el trabajador social transforma en conducta” (Ander-Egg, 1982).*

La entrevista en sí misma es comunicación (Rossell,1989), por tanto frente a la comunicación verbal cabe recordar, entre otros, la importancia de que los mensajes sean cortos, las ideas claras, disponer una buena vocalización, adaptar el volumen de voz a las necesidades del entrevistado (posible déficit auditivo) y evitar utilizar tecnicismos. En el desarrollo de la entrevista el profesional deberá adaptarse al ritmo del usuario, no correr y permitir el tiempo necesario ya que el entrevistado de edad avanzada puede ser algo lento y disperso, ser paciente. En cuanto a la posible dispersión del discurso del anciano, deberá valorarse en su momento si conviene utilizar, a nivel de forma, un tipo de entrevista estructurada o bien semi estructurada.

La entrevista con las personas mayores se estructura más en el entorno de los sentimientos que no en el de otros niveles. Por ello y aunque todas las pautas indicadas son de gran importancia, conviene destacar la esperanza puesta por la persona mayor en que la quieran y que la traten bien y, de la misma manera, los temores de que le hagan daño, que lo abandonen y que no le hagan caso por su propia condición de persona mayor. Así mismo, suelen confiar información de muy diversa índole, desde dolores físicos hasta los emocionales más profundos (su incapacidad, inutilidad, sufrimientos, miedos, angustias), que el profesional deberá captar tanto a través de la comunicación verbal como también de la no verbal.

He aquí algunas sugerencias útiles para el manejo de las emociones:

- Permitir la expresión de la emoción: respetar los silencios; permitir el llanto.
- Dar mensajes congruentes: de comprensión y de ayuda.
- No dar falsas esperanzas: son increíbles y pueden generar desconfianza.
- Preguntar necesidades: no presuponer nada de lo que el entrevistado nos pueda decir.
- Sugerir distracción: el pensamiento continuo sobre el dolor lo agudiza.
- Mantener la mirada de interés y comprensión: sentir la empatía a través de conductas no verbales alivia.
- Contacto físico y proximidad: la cercanía acoge y favorece la intimidad y la confianza.

A continuación algunas pautas que pueden facilitar la entrevista llevada a cabo con personas mayores en situación de maltrato:

- Interrogar separadamente a la persona mayor y al presunto agresor, sea el cuidador o bien otra persona, lo antes posible una vez se detecta el caso de violencia.
- Entrevistar a la persona mayor en primer lugar y posteriormente a la persona que presuntamente ha cometido el maltrato.
- Es esencial que las entrevistas se desarrollen en privado. Debe asegurarse que el lugar dónde se lleve a cabo la entrevista permita no ser interrumpidos o escuchados por otras personas.
- Tener una mentalidad abierta a los valores y a las tradiciones etnoculturales y religiosas de la persona mayor, especialmente aquellas que hacen referencia a los roles femenino y masculino y a los de la familia.
- Mantener la entrevista con calma y sin prisas. Exponer las preguntas objetivas dentro de un clima de confianza, para que la persona mayor se sienta en libertad de expresar sus sentimientos.
- Abstenerse de emitir suposiciones o de emitir conclusiones antes de tener conocimiento de todos los hechos.
- Presta una atención particular a toda aquella incoherencia o contradicción en la declaración relativa al caso de maltrato que emita la persona mayor, el cuidador, la familia o cualquier otra fuente de información.
- Sin llegar a comprometer la confidencialidad del entrevistado, obtener la autorización de la persona mayor maltratada para comunicarse con miembros de su familia, amigos, organismos externos necesarios u de otras fuentes.
- Indagar sobre los factores de riesgo relativos tanto a la persona como el entorno.

### **7.3.- Valoración del estado de la víctima**

Una valoración global nos permite definir las necesidades de la persona mayor desde el punto de vista físico psicológico y mental.

### 7.3.1.- El estado físico

Consiste en analizar los aspectos clínicos midiendo y calificando las capacidades y la funcionalidad para llevar a cabo las actividades necesarias para la vida diaria de la persona mayor. Nos permite explicitar el grado de dependencia física y su vulnerabilidad.

Las exploraciones pueden ser efectuadas por profesionales entrenados, aunque en caso de observar alguna alteración se debe consultar con un experto.

**Tabla nº 15. Aspectos para evaluar el nivel físico**

- La vista mediante tarjeta visual de Jaeger.
- El oído, mediante preguntas sencillas.
- La movilidad de las extremidades superiores y de las extremidades inferiores.
- La incontinencia urinaria.
- La nutrición, mediante pesar y tallar al paciente.
- Actividades de la Vida Diaria (AVD) mediante las escalas de Katz y Barthel.
- Actividades instrumentales para la vida diaria, mediante la escala de Lawton.
- Valoración del anciano en riesgo o fragilidad, con las escalas de fragilidad de Barber.
- Valoración de la necesidad de atención de enfermería, mediante el modelo Virginia Henderson.

*Fuente: Elaboración propia*

### 7.3.2.- El estado psíquico

El objetivo de obtener la información suficiente sobre los aspectos psicológicos que nos adviertan sobre la posibilidad de padecer enfermedades psiquiátricas como trastornos de la personalidad, psicosis y otras. Nos permite también explicitar el grado de dependencia desde el punto de vista emocional, los trastornos de conducta y los comportamientos unidos a estas enfermedades.

La valoración se realiza mediante escalas y tests que informan sobre el estado emocional o trastornos del estado de ánimo. Siempre que sea posible deben de efectuarse por profesionales especialmente entrenados para ello como los psicólogos.

#### **Cuadro nº 16. Escalas para la evaluación psíquica**

- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg
- Escala geriátrica de depresión Yesavage
- Escala de Hamilton para la valoración de la depresión.
- Inventario de depresión de Beck
- Enfermedades psiquiátricas diagnosticadas según DSM IV

*Fuente: Elaboración propia*

#### **7.3.3.- El estado cognitivo**

Se trata de evaluar los trastornos de conducta o de comportamiento, confusión y delirio, las pérdidas de memoria y un posible estado de demencia. Asimismo, se explora la competencia respecto a la capacidad de poder decidir y discernir.

En el caso de detectar una demencia, es conveniente valorar en cual de los diferentes estadios se encuentra, por ejemplo en la demencia tipo Alzheimer.

Las diferentes pruebas, tanto las escalas como los test, deben llevarlas a cabo profesionales expertos para asegurar una buena interpretación.

Tabla nº 17. Escalas y tests para explorar el deterioro cognitivo

<b>A.- Valoran el estado cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini-Mental State Examination (MMSE)</li> <li>• Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)</li> <li>• Set-Test</li> <li>• Escala de Demencia de Blessed</li> <li>• Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)</li> <li>• Mental Status Questionnaire (MQS)</li> <li>• Escala Mental de la Cruz Roja</li> </ul>
<b>B.- Valoran la progresión o gravedad evolutiva del deterioro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Global Deterioration Scale (GDS- Reisberg et al., 1982)</li> <li>• Clinical Demential Rating (CDR)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

#### 7.4.- Valoración ambiental, familiar y de calidad de vida

El acto de valorar la situación social y familiar de una persona mayor es uno de los aspectos más relevantes para poder elaborar una evaluación integral. Los profesionales, mediante las técnicas que les son propias, llevan a cabo una recogida de datos con la finalidad de tener la información precisa para poder elaborar el diagnóstico y posteriormente el plan de intervención. Esta información quedará reflejada en la historia social y médica de la persona mayor.

Actualmente el cuidado formalizado atiende aproximadamente a un 10% de las personas mayores necesitados en España. Esta atención se limita a proporcionar una oferta muy reducida de servicios sociales públicos que alcanzan a una escasa población en situaciones de alta precariedad.

Un elemento importante a considerar es la fragmentación de la prestación de estos servicios reflejada por:

- ✚ La diversidad de la naturaleza jurídica (pública, privada, iniciativa social, iniciativa mercantil) de los entes intervinientes.
- ✚ La diversidad de contenido (socio-sanitario, de salud, de servicios sociales) de las prestaciones.



La mayor parte de las personas de edad avanzada en situación de dependencia que son atendidas por servicios formales están a cargo de trabajadores familiares. Este servicio se presta con plantillas de trabajadores que en su mayor parte se nutren con personal proveniente de los flujos inmigratorios (La Vanguardia, 31 de enero de 2004). Es incuestionable que el cuidado a los mayores implica una gran complejidad profesional, no obstante, parece existir una inercia hacia la invisibilidad e infravaloración de estas tareas, como si la naturalidad y la espontaneidad fueran suficiente y no se requirieran conocimientos especializados para una buena práctica. De hecho, existe la opinión generalizada de que cualquier persona puede cuidar a un anciano. Las consecuencias las sufren los mayores que necesitan estos servicios y atenciones. Se hace del todo necesario disponer de un planteamiento de formación para los trabajadores que se están haciendo cargo de estas necesidades.

En nuestro país, la asistencia a los mayores necesitados de cuidado la están asumiendo las familias. En este modelo familiarista, las condiciones de salud y de bienestar de que gozan los mayores va a depender de las condiciones socioeconómicas y de la situación cultural en las que se desenvuelve la familia de pertenencia. Esto puede ocasionar situaciones de gran desigualdad.

Dentro de las familias, el cuidado de los mayores tradicionalmente se ha basado en el tiempo y el trabajo de las mujeres, dada su menor integración en el mercado laboral remunerado (más de un 80% de los casos de mayores con dependencia están atendidos por sus familiares y por mujeres). La edad de las cuidadoras está situada entre 45 y 65 años. La tendencia demográfica augura la reducción de la oferta de cuidadores informales. En la actualidad se está produciendo un fenómeno históricamente inusual, tal como la coexistencia de hasta cuatro generaciones de la misma familia conviviendo simultáneamente, la que viene a significar un aumento de la carga demográfica sobre las generaciones intermedias y un descenso proporcional del potencial de respuesta a las demandas de asistencia.

La reducción en la oferta de cuidados informales que padecerá la sociedad española en las próximas décadas aumentará, al mismo tiempo, la demanda de los servicios públicos y privados.

#### 7.4.1.- La carga del cuidador y sus consecuencias

La carga o sobrecarga experimentada por el cuidador es un concepto clave en el análisis de las repercusiones sobre la familia del cuidado de las personas mayores. Desde su primera descripción ha sido profusamente mencionada en la investigación gerontológica acerca del proceso de cuidar y sus efectos. Por ello, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor a considerar, tanto en la utilización de servicios de larga duración como para valorar la calidad de vida de los cuidadores.

El concepto de carga se remonta a principios de los años 60 y fue utilizado como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que se estaba implantando en Gran Bretaña en aquel tiempo para estudiar los efectos que tenía sobre las familias el hecho de mantener en la comunidad a pacientes psiquiátricos. Los trabajos sobre la carga de los familiares referida al ámbito de la salud mental continuaron durante los años 70, desarrollándose para su evaluación diversos instrumentos de medida que incluían aspectos tan diversos como conductas específicas potencialmente molestas para la familia, contenidos sobre carga objetiva y subjetiva y evaluaciones globales de la carga realizadas por el evaluador.

Aunque algunos de estos estudios incluían también familias con pacientes psiquiátricos de edad avanzada, la investigación sobre la carga familiar en el ámbito gerontológico comenzó en la década de los 80. Zarit (1983) y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la Entrevista sobre la Carga del Cuidador, probablemente el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar en gerontología.

Una distinción importante claramente establecida en la literatura de gerontología sobre el concepto de carga, se refiere a la dimensión de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, la carga objetiva la definiríamos como el grado de perturbaciones o cambios infligidos en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, la práctica totalidad de los estudiosos del tema han considerado

que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a esta asunción (costes económicos del cuidado, desgaste físico asociado al cuidado, limitación del tiempo libre del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etc.).

Existe la opinión muy generalizada acerca de valorar los malos tratos a las personas mayores la cual consiste en pensar que con el paso de los años las personas se vuelven frágiles, débiles, difíciles de cuidar y que es muy estresante el tener que hacerse cargo de su cuidado. Esta es considerada, por la opinión popular, como una de las causas más importantes que genera los malos tratos a los mayores.

#### **7.4.2.- Las personas que cuidan, tema de investigación**

La mayoría de las revistas técnicas sobre gerontología de prestigio en el mundo, sobre todo las de EE.UU, están prestando una importancia cada vez mayor a los cuidadores, que en este caso se trata de más mujeres que hombres, a la investigación sobre los mismos, ya sean profesionales o familiares de las personas mayores atendidas, en buen estado o con demencia (Schultz y Patterson, 2004).

Si se hace una búsqueda con la palabra "cuidador familiar" en las webs mundiales, se encontrarán más de 150.000 entradas. Son múltiples las razones de este crecimiento investigador acerca de los gerocultores:

- a) Representan un importante grupo que puede suponer un crítico problema de salud pública (hablamos por ejemplo de más de 22 millones de personas que cuidan a unos 14 millones de viejos en EE UU).
- b) El papel que realizan los cuidadores es un gran servicio a la sociedad pero se hace al margen de parámetros económicos, al coste de su propio bienestar.
- c) Cuidar a una persona con dependencia supone una carga extraordinaria y muy estresante para los miembros de la familia, que les puede significar el padecer trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad).
- d) El estrés prolongado, las exigencias físicas de los cuidados y la vivencia de que el ser querido se está deteriorando colocan a los familiares que cuidan, máxime si ellos mismos son ya mayores, en situaciones de mucha precariedad y de alto riesgo.

Es tal la amplitud de los cuidados y su impacto sobre la salud de los cuidadores que estos escenarios se están convirtiendo en el campo de prueba de teorías sobre la exposición prolongada al estrés y la búsqueda de indicadores biológicos de respuesta al estrés crónico.

Lo que pretende la valoración es conocer y analizar la situación en la que se encuentra la persona que asume tanto la atención y el cuidado de las necesidades de la persona mayor como sus habilidades, preparación y necesidades personales. La conveniencia de utilizar las escalas de valoración queda justificada si tenemos en cuenta los aspectos siguientes:

- Ayudan a sistematizar la información.
- Permiten la heterogeneidad en el caso de que otros profesionales del equipo utilicen diferentes escalas para medir otros aspectos como el funcional y el cognitivo.
- Es un buen punto de partida para poder evaluar la evolución de la situación.

En los últimos años se han desarrollado diversas escalas de valoración social, del ambiente familiar y de los cuidadores. Exponemos a continuación algunas de las que más se utilizan.

**Tabla nº 18. Escalas de Valoración social, familiar y cuidadores**

<b>TIPOS DE VALORACIÓN</b>	<b>NOMBRE DE LA PRUEBA</b>
<b>Soporte Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OARS-Escala de recursos sociales</li> <li>• Inventario de Recursos Sociales en Ancianos</li> <li>• Escala de apoyo social funcional Duke-unc-11</li> </ul>
<b>Soporte Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala socio-familiar de Gijón</li> <li>• Cuestionario de Barber</li> <li>• Apgar Familiar</li> </ul>
<b>Soporte a los Cuidadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit</li> <li>• Índice de esfuerzo del cuidador</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*

## 7.5.- Evaluación del maltrato

Todos los casos han de estar siempre sujetos a una evaluación permanente. La evaluación es un proceso dinámico y cambiante a través del tiempo y hemos de considerar que todos los agentes que intervienen en una situación de malos tratos pueden experimentar, en un momento determinado, eventos que transformen el escenario.

Para poder evaluar la situación de maltrato es preciso tomar en consideración las siguientes líneas directrices:

### **7.5.1.- Tipología, Frecuencia y Progresión del maltrato**

Un caso de maltrato o abuso proviene de un conjunto de acontecimientos causales que confluyen y conducen hacia una situación que lo posibilita. Es por este motivo que la descripción requiere un relato exhaustivo de las causas, hechos y consecuencias que, en este orden y de una forma coherente, determinan que el profesional se encuentre frente a un caso de malos tratos.

En la descripción es preciso determinar la tipología del maltrato que presenta la persona mayor, basándose en la observación de los indicadores. Asimismo, se debe hacer una descripción del caso y detallarse todas las circunstancias. Se recomienda que el relato sea lo más exhaustivo posible, mediante una descripción precisa, incluidas fotografías en caso de lesiones físicas, sexuales, negligencia u otras que se consideren oportunas. También recurrir a la utilización de testimonios en caso de agresiones verbales y otras. Los abusos económicos se pueden documentar con extractos bancarios, poderes notariales, facturas de compras y otras. La descripción detallada nos permitirá entonces clasificar la tipología del maltrato.

Frecuentemente, en las situaciones de malos tratos suelen coincidir varias tipologías. Así, tenemos que el abuso físico y el psicológico se asocian y también la vulneración de derechos. Se debe explicitar la frecuencia con la que se producen estos malos tratos, es decir, la reiteración y la temporalidad (aspecto crucial en el ámbito jurídico). Suelen ser crónicos con una tendencia progresiva, por cuyo motivo es necesario evaluar el riesgo de futuras actuaciones de maltrato.

### **7.5.2.- La gravedad del caso**

El grado de severidad del maltrato es el elemento que nos determina la urgencia de la actuación y la rapidez de respuesta necesaria por parte de los profesionales. Puede tratarse de una emergencia vital, es decir una situación que requiere una asistencia inmediata por existir peligro para la seguridad de la persona, ya sea por lesión grave que puede ser irreversible en las consecuencias para la víctima, o también a causa de una emergencia social, como sería el caso de hacinamiento de personas mayores en locales en pésimas condiciones de higiene, seguridad o prestaciones.

Cualquier circunstancia que ponga en peligro la seguridad de la persona mayor se ha de valorar como severa, puesto que sus consecuencias son siempre muy graves cuando se trata de personas de edad avanzada. Por ejemplo, no es lo mismo pegar un empujón a una persona de 65 años que a una persona de 85 años y con signos de fragilidad.

### **7.5.3.- La competencia de la persona mayor víctima**

Las personas mayores tienen el derecho a beneficiarse de la presunción de su aptitud para tomar sus propias decisiones. Igualmente, también tienen derecho a obtener soporte y ayuda para poder llegar a comprender y tomar decisiones claras sobre su situación. Los profesionales prestadores de servicios sociales o de salud, están capacitados para decidir que la persona mayor no puede tomar decisiones, pero ante esta posibilidad deben adoptar una postura de extrema prudencia y fundamentar tal decisión en el resultado de los tests que miden el estado cognitivo. Podríamos por ejemplo encontrar una persona mayor que puede no recordar o conocer su dirección, pero saber que vive con un hijo al que no desea ver más.

La función cognitiva es el resultado global de los procesos desarrollados en diferentes áreas intelectuales que comprenden: el pensamiento abstracto, la capacidad de juicio, el lenguaje, el reconocimiento de objetos, entre otros. Estas áreas están representadas en los diferentes tests y exploran las alteraciones de la orientación, la memoria, la atención, el cálculo, etc. No obstante, algunas áreas pueden estar más

afectadas que otras y se da un amplio grado de variabilidad tanto en una misma enfermedad como entre enfermedades que cursan con resultado de trastornos cognitivos que se deben tomar en consideración.

#### **7.5.4.- La accesibilidad**

Otro de los aspectos a evaluar es la existencia de impedimentos o barreras que puedan limitar la intervención en una situación de malos tratos. Hemos de tener presente que algunas personas mayores ofrecen mucha resistencia a ser ayudadas. A causa de su inaccesibilidad, reticencia, recelo, temor, se bloquean ante la posibilidad de recibir ayuda o bien tienden a plantear demandas idealizadas que son imposibles de satisfacer.

Asimismo, se deben valorar las dificultades de acceso a la víctima erigidas por parte de la persona que agrede o ejecuta el maltrato. Es habitual que ponga impedimentos y no deje explorar la situación, negando el acceso al domicilio de la víctima, no dejándola sola en ningún momento, entre otras argucias. Es muy importante averiguar si la actitud y comportamiento del maltratador es voluntario o involuntario, es decir, si es o no consciente de que está cometiendo un maltrato. Todo ello determinará la clase y forma de intervención y el manejo del caso, así como las posibles implicaciones legales.

La omisión o no voluntariedad de causar un maltrato, no implica que los hechos no puedan ser considerados graves. Por ejemplo, un hijo alcohólico que atiende a su madre con demencia y en un momento determinado, a causa de su problema con el alcohol, desaparece del domicilio dos días dejando a la madre sin ningún tipo de asistencia, incurriría en un caso grave de abandono.

#### **7.5.5.- Los recursos disponibles**

---

Consiste en valorar todos los factores externos y entre ellos los recursos de que dispone tanto la víctima del maltrato como la familia para cubrir sus necesidades básicas y complementarias. Es fundamental para elaborar la estrategia de intervención. Se incluye en este apartado la existencia o bien la disponibilidad (listas de espera, criterios de acceso) de recursos de servicios sociales, de servicios de salud, sociosanitarios y también servicios jurídicos. Autores como Bennett, Kingston y Penhale, (1997), afirmaron que algunas políticas sociales y valores sociales pueden influir en la probabilidad de que se dé maltrato y negligencia y también que es posible que tales políticas reduzcan el potencial, tanto de detección como de prevención.

Actualmente vemos que nuestro sistema de Servicios Sociales no contempla ningún dispositivo específico para atender situaciones de malos tratos en personas mayores. Existen, dentro de la red de servicios sociales de responsabilidad pública, en el nivel especializado, casas de acogida para mujeres maltratadas, pero los criterios que se aplican para acceder a estos servicios no se adaptan a las mujeres mayores. Por lo tanto, sólo son accesibles los servicios sociales generales establecidos para toda la población, teniendo en cuenta la insuficiencia de los mismos y los circuitos complejos y lentos que se deben superar para conseguirlos.

Una de las escalas utilizable para conocer e identificar los recursos de que dispone una persona es la Escala de Recursos Sociales (OARS), que aporta información sobre las capacidades para la actividades básicas de la vida cotidiana y la disponibilidad de recursos familiares, sociales y de salud.

### **7.6.- Evaluación del maltrato institucional**

Tanto en el medio familiar como en el medio institucional (residencias, hospitales, centros de día) los malos tratos son consecuencia de un abuso de poder y fruto de la violación de una posición de confianza. No obstante, existen ciertas diferencias que se deben matizar.

En el caso concreto de los malos tratos en las instituciones, no sólo se debe centrar la atención en el contexto en el que se comete el maltrato, sino también en la clase de relaciones que entran en juego. La dominancia o la posición de confianza que ostenta la persona que comete el maltrato puede venir respaldada por un acuerdo contractual,



un código profesional, una descripción de tareas o consecuencia de la naturaleza misma de la relación.

Cuando surge una situación de maltrato institucional, inmediatamente se piensa en los cuidadores remunerados. Sin embargo, los propios miembros de la familia, los voluntarios, los visitantes, los otros residentes o usuarios, incluso profesionales del exterior, pueden estar también implicados. Existen situaciones de maltrato por negligencia (actualmente denominada negligencia administrativa), por parte de la dirección de los centros y motivada por no haber tomado las medidas necesarias en el momento preciso para proteger a la víctima de su agresor y/o por el incumplimiento de las normas legales y administrativas establecidas.

Cuando una persona ingresa en una institución queda entendido que el personal del mismo debe velar para que reciba los cuidados a los que tenga derecho. La calidad y la forma en que se presten estos cuidados y servicios nos orientará para detectar la existencia de malos tratos a los usuarios. En estos establecimientos el riesgo de negligencia y de abuso es mucho mayor puesto que los beneficiarios son más vulnerables en el aspecto psíquico y físico. Las víctimas no pueden evitar al agresor, especialmente si como ocurre a menudo viven permanentemente juntos. Por el contrario, es más fácil detectar actos de violencia física puesto que hay más personas que pueden ser testigos.

Algunos aspectos básicos para poder evaluar la existencia de malos tratos en las instituciones:

- Las instituciones deben velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales, como es la libertad que toda persona tiene de elegir su modo de vida, derecho a no ser discriminado, a la intimidad y a la información, entre otros.
- Deben llevar a cabo la supervisión del cumplimiento de las normativas respecto al propio centro (normativas sobre equipamientos, permisos, registros) y de los profesionales que prestan sus servicios en el mismo (ratios, formación).
- El ingreso en un centro de tipo social o sanitario debe producirse en las debidas condiciones y proporcionando la información previa que permita garantizar tanto el conocimiento del servicio que se ofrece como la

autonomía de la decisión personal, es decir la voluntad de ingreso manifestada por la propia persona o por su representante legal.

- Deben respetarse los derechos de los usuarios de los servicios sociales (art.5º del reglamento del sistema catalán de servicios sociales, 2000). Entre ellos cabe destacar el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y sin la debida supervisión.
- Garantizar el derecho a la tutela de las autoridades públicas.
- Los centros residenciales deben disponer de un programa de actividades que cubra las áreas, funcional, cognitiva, emocional, motora y de participación comunitaria, así como un calendario de todos los programas y actividades.
- El responsable del centro residencial ha de velar para que se apliquen protocolos que garanticen una actuación profesional correcta. Estos son, entre otros, los de acogida y adaptación, el de incontinencia, las caídas, la medicación, el de riesgos en las salidas de los centros, para prever situaciones de emergencia.

El riesgo de maltrato institucional esta directamente relacionado con la capacidad del establecimiento de estar en estado de alerta constante y de poder corregir rápidamente y eficazmente los comportamientos inadecuados.

## **CAPÍTULO 8**

### **La intervención**

- 8.1.- Los principios de la intervención**
- 8.2.- La intervención y los equipos interdisciplinares**
- 8.3.- Los protocolos de intervención**
  - 8.3.1.- Un protocolo para la intervención en situación de maltrato**
  - 8.3.2.- Propuesta de algoritmo**
- 8.4.- Estrategias para el abordaje**
  - 8.4.1.- Maltrato severo que requiere una intervención inmediata.**
  - 8.4.2.- Maltrato de severidad moderada con intervención no urgente.**
- 8.5.- Los recursos para la intervención: El Sistema Público de Servicios Sociales. Concepto**
  - 8.5.1.- Marco normativo y competencial**
  - 8.5.2.- Campo de aplicación**
  - 8.5.3.- Niveles de atención**
- 8.6.- El Sistema Catalán de Servicios Sociales y la Red Básica de Responsabilidad Pública**
  - 8.6.1.- Los Servicios de Atención Primaria**
  - 8.6.2.- Los Servicios Sociales Especializados**
- 8.7.- El Sistema de salud y la atención sociosanitaria**
- 8.8.- Los recursos jurídicos, policiales y otros**

## 8.- La intervención

La buena intervención en casos de malos tratos a personas mayores debe hacerse en el marco de un proceso permanente y con la ayuda de documentación, informes, entrevistas y un seguimiento de todo el proceso. Esta intervención suele ser compleja y difícil a causa de la particularidad de cada situación. Además, raramente los malos tratos se limitan a un solo tipo de abuso o negligencia. No todas las estrategias se pueden aplicar en todos los casos, es por ese motivo que las intervenciones o planes de tratamiento deben ser totalmente personalizados

### 8.1.- Los principios de la intervención

Toda intervención debe estar regida por unos principios fundamentales que permitan llevar a cabo una estrategia que tiene como finalidad prevenir y evitar los malos tratos, al mismo tiempo que se preservan los derechos y los intereses de la persona mayor y sus relaciones personales. Estos principios fundamentales son:

#### A. *Las personas tienen derecho a:*

- Tener las necesidades básicas cubiertas (alimento, vestido, vivienda...)
- Estar protegido contra los malos tratos
- Ejercer su autodeterminación y poder conducir su vida como crean conveniente, siempre que no pongan en peligro o vulneren algún derecho a terceras personas.
- Tomar parte en las decisiones que le afecten, teniendo en cuenta sus capacidades.
- Rehusar ayudas o prestaciones.

- B. *Cada caso debe ser analizado individualmente para poder determinar los deseos de la persona mayor y el grado de intervención que demanda.*
- La intervención ha de ser proporcional a la medida del riesgo al cual está expuesta la persona mayor.
  - Los prejuicios y convicciones de los profesionales pueden reflejarse en las decisiones que se tomen para llevar a cabo la intervención. Cada profesional ha de reconocer sus responsabilidades y evitar privilegiar o castigar comportamientos.
- C. *La intervención tiene como finalidad acabar con el maltrato y por tanto proteger a la víctima, pero también la de mejorar la percepción del comportamiento propio, para lo cual se precisa de empatía. En el caso de los agresores que ejercen la violencia, la empatía con los profesionales debe tener sus límites, para poder tomar las distancias que permitan desarrollar el trabajo.*
- D. *Las intervenciones deben aplicarse con las medidas menos perturbadoras y restrictivas posibles para la persona mayor. Debe elaborarse un método de participación voluntaria de todas las personas implicadas, teniendo en cuenta su personalidad y circunstancias, puesto que de otra forma se pueden generar reacciones negativas y como consecuencia, que la persona mayor rehuse la ayuda. Deben de clarificarse las demandas de la víctima para determinar cual debe ser la estrategia de trabajo del equipo de intervención.*
- E. *Debe de comunicarse al Ministerio Fiscal o al Juzgado e intervenir obligatoriamente en caso de que:*
- Se trate de una persona presuntamente incapacitada para toma decisiones.
  - Exista una infracción del código penal.
  - La persona mayor represente un peligro para una tercera persona.
- Debe de informarse al Juzgado en el caso de que existan agresiones, amenazas, robos y abandono. En los otros supuestos las personas mayores pueden rehusar cualquier ayuda o intervención.
- F. *Mantener la confidencialidad respecto a la información de las situaciones de maltrato. Todos los profesionales que intervienen en el caso, psicólogos,*

trabajadores sociales, médicos, abogados, se ven obligados a mantener confidencialidad y a obtener el permiso de la persona mayor para pasar información de un profesional a otro, a excepción de los casos en los que hay obligatoriedad de denunciar o comunicar.

G. *Prestar el adecuado nivel de intervención.*

Actualmente, el abordaje de una situación de maltrato a una persona mayor se hace desde los servicios sociales o servicios de salud de atención primaria, actuando sobre situaciones de riesgo (prevención primaria), sobre situaciones confirmadas de maltrato (prevención secundaria) o bien sobre las consecuencias del maltrato (prevención terciaria).

## 8.2.- La intervención y los equipos interdisciplinarios

Para poder intervenir integralmente en situaciones de malos tratos debe construirse un equipo interdisciplinar (reagrupamiento de miembros de personal de un solo organismo o de distintos organismos). Algunas de las metas del equipo serán:

- ✚ Configurar el espacio en el que sean presentados los casos para formular diagnósticos y planes de intervención.
- ✚ Asegurar que son aplicados los protocolos de intervención.
- ✚ Atribuir la responsabilidad de las tareas a los miembros del equipo, así como dar soporte y sugerir actuaciones.
- ✚ Si es necesario, canalizar casos a otros equipos para la intervención apropiada.
- ✚ Evaluar la eficacia de las intervenciones y colaborar en la toma de decisiones relativas a los diferentes planes de acción.

### Consideración importante

La violencia es una lacra social contra la cual se debe enfrentar toda la ciudadanía, en especial las instituciones y sus profesionales. Por este motivo hay que tener muy en cuenta las reformas legislativas introducidas actualmente con la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica y

la Ley orgánica 11/2002, de 29 de septiembre, por la que se modifican determinados artículos del código penal.

Asimismo, la ley regula que toda persona que, por razón de su cargo, tenga noticia o conocimiento de cualquier delito público (y la violencia doméstica lo es) tiene la obligación de comunicarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal o al Juzgado. Publicado posteriormente el Decreto 27/2003, de 21 de enero, de atención social primaria, en su artículo 10.9 recoge la obligación, tanto de los profesionales como del personal asistencial de atención social primaria, de denunciar cualquier delito público del que tenga conocimiento en el ejercicio de sus funciones.

En el caso de que la persona esté dispuesta a denunciar, se le asesorará acerca de todo el proceso y se verá la conveniencia de derivarla al SAM (Servicio de Atención a la Mujer) que depende del Cuerpo Nacional de Policía o también al Servicio de Atención a la Víctima.

### **8.3.- Los protocolos de intervención**

Entendemos por protocolo de intervención aquellos documentos formalizados que proporcionan las pautas para elaborar una descripción detallada y las etapas que se deben respetar en una situación concreta, en este caso, de maltrato a las persona mayores. Su objetivo, por tanto, es fijar la metodología de actuación. Si están correctamente elaborados, los protocolos son un instrumento esencial y una forma de dar soporte a los profesionales de atención directa.

#### **8.3.1.- Un protocolo para la intervención en situación de maltrato a personas mayores (EIMA, 2004).**

La población a la que se dirige es personas mayores de 65 años, que se encuentre en cualquiera de las tipologías reconocidas de maltrato en el ámbito familiar y comunitario y que acceda a los servicios sociales o servicios de salud de atención primaria.

- ✦ *Los profesionales* implicados en este protocolo serán los trabajadores sociales, psicólogos, médicos geriatras, enfermería, abogados, fiscales, jueces y cuerpos de seguridad (Policía Nacional, Guardia Urbana y Policía Autonómica). Si bien no es preciso que intervengan todos los profesionales en cada situación, sí que deben abordarse todos los aspectos de estas disciplinas, que son las que suscita más inquietud. Es por ese motivo que deben utilizarse instrumentos reglados, que suplan las lagunas que se presentan.
- ✦ *Los elementos para la estrategia.* Se trata de establecer un plan de actuación elaborado por un equipo multidisciplinar, bajo un modelo integral, biopsicosocial, en el ámbito comunitario y con una coordinación y supervisión continuadas.

Los profesionales requieren un entrenamiento específico para poder utilizar los protocolos de maltrato a las persona mayores. Adicionalmente, es fundamental el manejo de habilidades, especialmente de la técnica de entrevista, tanto para utilizarla con la víctima como con el agresor. También se ha de generar una relación de empatía y de confianza. Un elemento importante es el hecho de cuidar de no caer y evitar la revictimización de la persona mayor. Se trata, en definitiva de mejorar la calidad de vida de la persona mayor y de potenciar su autonomía.

- ✦ *Aspectos Sociales.* Se trata de describir el estado general de la persona mayor respecto al ámbito social, conocer sus necesidades, sus condiciones de vida, sus expectativas reales o irreales, las relaciones familiares, así como su red informal. También es conveniente poder comprobar cómo reacciona y qué necesidades tiene el cuidador (si lo hay).

Por otra parte, se mejorará la calidad de vida de la persona mayor utilizando los diferentes servicios sociales existentes que requiera cada caso. También se maximizará su red informal. En última instancia y solamente en caso de necesidad de separar la víctima del agresor, se llevará a cabo un ingreso residencial, teniendo en cuenta todas las emociones y reacciones que esta acción comporta y no olvidar el derecho de la persona a la autodeterminación. Se tendrán en consideración los aspectos transculturales (raza, cultura, religión). Se han de prever todas las actuaciones que se puedan derivar tanto del propio maltrato como de las intervenciones realizadas.

Vale más no intervenir que llevar a cabo una intervención inadecuada.



---

✚ *Aspectos Médicos.* Se trata de evaluar el estado de salud, determinando cuáles son las necesidades que requieren ser cubiertas, los grados de disminución tanto física como mental, todo ello mediante la valoración geriátrica. Hacer una valoración funcional de la víctima y también determinar su grado de capacidad o no, para poder decidir de forma autónoma. La finalidad será detectar, valorar, dar soporte y hacer el seguimiento de los problemas de salud de la persona y de su familia. Los aspectos de salud no pueden tratarse de una forma aislada, deben englobarse en el contexto social y familiar para tratarlos integralmente.

✚ *Aspectos Psicológicos.* Explorar las actitudes y el estado emocional puesto que el daño psicológico puede comportar graves problemas de comportamiento, depresión, ausencia de lazos afectivos, débil capacidad cognitiva, impotencia, entre otras. La similitud con algunas patologías mentales hace difícil llegar a discernir y detectar el tipo de abuso o maltrato. El no disponer de indicadores psicológicos objetivos nos obliga a reforzarnos en la verbalización y expresión de la víctima, lo cual implica ser muy cautelosos. El daño psicológico no se instaura de una forma repentina sino que lo hace de forma insidiosa y solapada, potenciando en la víctima un mecanismo de adaptación al dolor y a la degradación.

Evaluar la personalidad y la actitud de la persona mayor, si reclama más cuidados y atención de la que realmente necesita, si es desagradecida, hace demandas innecesarias, es manipuladora o impaciente, si ayuda o distorsiona el trabajo de las personas que tienen cuidado de ella, son aspectos relevantes para la intervención.

El psicólogo indagará como vive la familia las restricciones, tanto sociales como personales, qué supone el hecho de tener que cuidar a una persona mayor y especialmente las repercusiones físicas, psíquicas y emocionales. En el caso de haber cometido maltrato con la persona mayor a causa de padecer estrés, agotamiento o frustración, deberán de trabajarse aspectos como el manejo de la ira, adquirir habilidades, buscar autoayuda y búsqueda de soporte formal e informal.

✚ *Aspectos Jurídicos.* La regulación de los malos tratos queda abordada básicamente desde el derecho penal y, por tanto, bajo una visión punitiva y de coercibilidad. Pero el derecho no se contempla solamente desde esta perspectiva

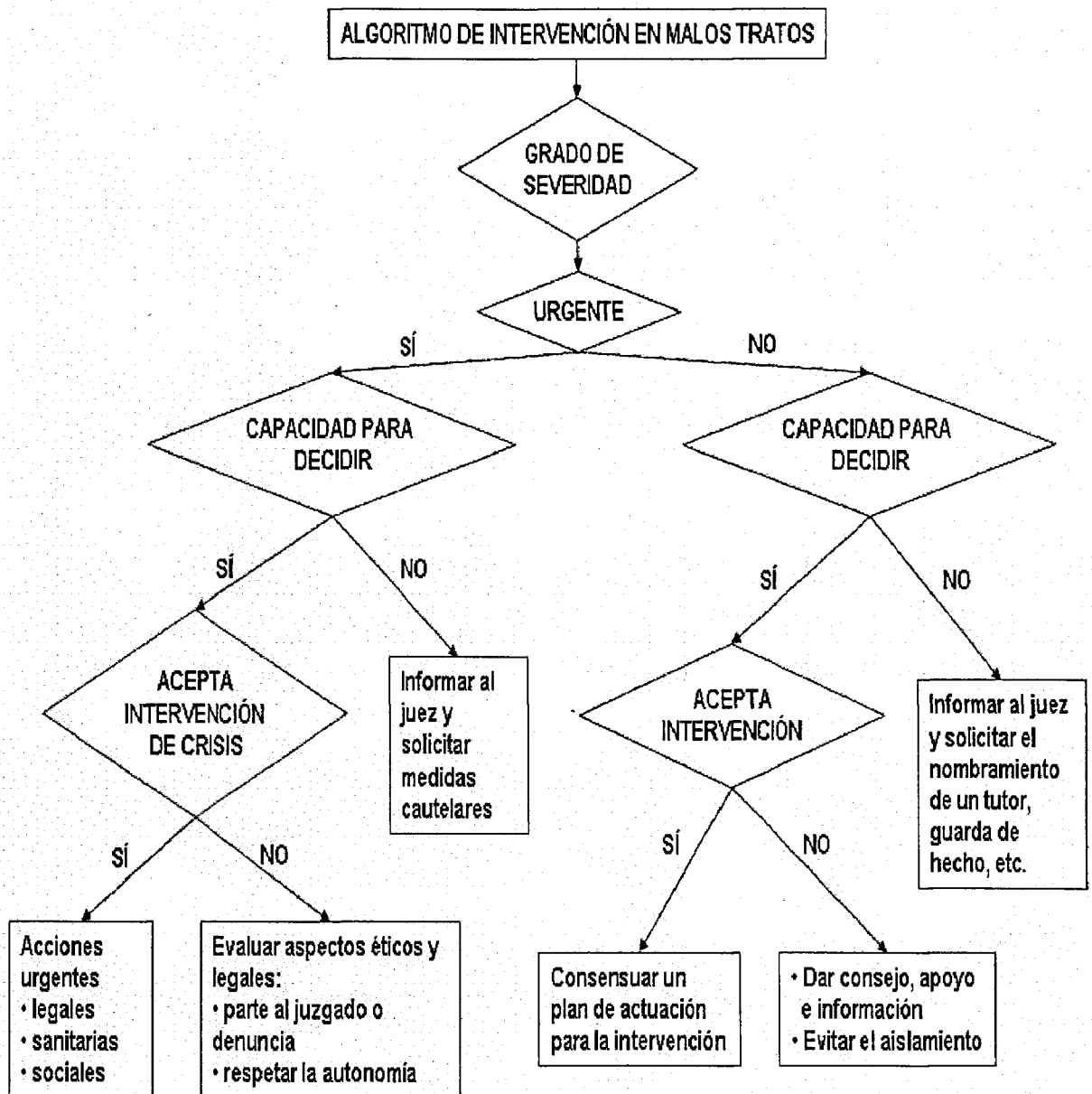
sancionadora sino también desde un punto de vista preventivo y protector. El derecho sólo actúa en situaciones graves. La legislación vigente dispone de suficientes instrumentos para la intervención, lo que es necesario es una correcta y efectiva aplicación de dicha normativa y la coordinación de la misma. Informar y hacer difusión, especialmente a las víctimas, las familias y los profesionales para que obtengan un buen conocimiento de la problemática y de la idónea aplicación de la legislación vigente. El marco jurídico comprende, además del código penal, el código civil, el administrativo y el constitucional.

### **8.3.2.- Propuesta de algoritmo**

La actuación frente a un caso de maltrato a una persona mayor se considera adecuado estratificarla en diferentes niveles:

- a) El grado de severidad de la situación
- b) La capacidad de la persona mayor para tomar decisiones
- c) La aceptación o no de la intervención por parte de la víctima, es decir la accesibilidad.

Cada nivel es determinante para elaborar la estrategia de la intervención.



Fuente: Grupo EIMA. 2004

#### **8.4.- Estrategias para el abordaje**

Es necesario intervenir cuando se sospecha que una persona es víctima de cualquier forma de malos tratos. La rapidez en la intervención varía en función de la urgencia de la situación y de los riesgos de las personas. Por otra parte, las medidas particulares de intervención dependerán en gran manera de la situación en que se halle.

Dos son las situaciones en las que nos podemos encontrar a la hora de iniciar una intervención por malos tratos a una persona de edad avanzada.

##### **8.4.1.- Maltrato severo que requiere una intervención inmediata.**

- A. En el caso de que la víctima, persona mayor, sea consciente del maltrato y colabore con los profesionales, se pactarán y consensuarán las medidas más oportunas en la situación de crisis para proteger a la víctima. Las medidas a tomar pueden ser:
- Denunciar los hechos a la fiscalía o al juzgado; puede ser firmada por la víctima o por los profesionales que atienden el caso.
  - Que se apliquen las medidas de alejamiento.
  - Ingresar a la víctima en un centro de salud para hacer un estudio y parte de lesiones físicas, sexuales o psicológicas.
  - Ingresar a la víctima en un centro sociosanitario si su situación así lo requiere.
  - Ingresar a la víctima en un centro residencial de urgencias para personas mayores especializado en atención a pacientes que han sufrido malos tratos.
  - Un equipo interdisciplinar con preparación específica para seguir el caso.
  - Tomar medidas para y con la persona que comete el maltrato (legales, médicas, psicológicas y sociales)
- B. En el peor de los casos nos podemos encontrar con que la víctima sea una persona competente y no desee o rehuya una intervención en la situación severa de maltrato. A menudo representan un dilema moral y legal en el que se ha de respetar la decisión y el principio de autonomía, siempre y cuando no se vulnere la obligatoriedad de denunciar por parte del profesional y según la legislación vigente.

Entre los principios de beneficencia, de autonomía y el de justicia, no tenemos ninguno que tenga prevalencia ante otro, depende de la decisión de cada uno.

- C. En el caso de que la situación tenga como protagonista un anciano con trastornos cognitivos que le impidan decidir por sí mismo, una alternativa protectora es iniciar un proceso de incapacitación legal, comunicándolo al fiscal, para que éste pueda iniciar la obtención de medidas cautelares de protección inmediata.

Si la persona mayor es incapacitada legalmente y no tiene familia, la tutela puede ser asumida por una institución tutelar (Institución Tutelar de Disminuidos Psíquicos, Asociaciones de Alzheimer, entre otras).

#### **8.4.2.- Maltrato de severidad moderada con intervención no urgente**

- A. Cuando en el maltrato detectado no exista severidad o urgencia, se llevará a cabo una evaluación interdisciplinar integral, valorando los riesgos y concretando un plan de actuación en el que participará la propia persona mayor. También se considera importante, aunque sumamente difícil, el que el causante del maltrato se implique aceptando que es parte del problema y que, por lo tanto, también debe participar y colaborar en la solución del mismo.

Se ha de intentar la conciliación (programas de mediación), interviniendo sobre las causas y los factores de riesgo, buscar soluciones que afecten a todo el contexto, higienizar la sobrecarga que pueda generar estrés en el cuidador, plantear ayudas a la familia, así como establecer terapias rehabilitadoras o tratamientos adecuados.

- B. Si la persona mayor ante un maltrato no severo ni urgente, con competencia para poder decidir, no desea la intervención, se ha de aceptar su decisión, dándole toda clase de información sobre su situación anómala (en muchas ocasiones las situaciones de violencia por reiteradas se viven como normales), el peligro que comporta, la posibilidad de que empeore y las posibilidades de solucionarlo. Cabe la posibilidad de que la persona mayor se equivoque, como cualquier otra persona, al aplicar el principio de autonomía.

### 8.5.- Los recursos para la intervención: El Sistema Público de Servicios Sociales

Sistema Público de Servicios Sociales es el conjunto de servicios, establecimientos, actividades y prestaciones de servicios sociales que insertándose con otros elementos del bienestar social, tiene como finalidad:

- La promoción y desarrollo de todas las personas y grupos dentro de la sociedad, para la obtención de un mayor bienestar social y mejor calidad de vida.
- Prevención y eliminación de las causas que conducen a la exclusión y marginación social.
- La asistencia en situaciones de necesidad.

En España se realiza a través de las estructuras y servicios públicos de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales. Los objetivos fundamentales de los Servicios Sociales son:

- ✦ Desarrollo pleno y libre de los derechos de las personas y los grupos, garantizando su igualdad en la sociedad.
- ✦ Garantía en la cobertura de las necesidades sociales, adecuándola, en su caso, a los procesos de cambio de la realidad social
- ✦ Prevención de las circunstancias que originan la marginación, así como la promoción de la plena inserción de las personas y los grupos en la vida comunitaria.

Con frecuencia se identifica la política social con la política de bienestar social, y con más frecuencia se identifican los Servicios Sociales con el Bienestar Social. A pesar de que existe una estrecha relación entre estos conceptos, esta identificación es errónea. Entendemos que es preciso distinguir los tres conceptos. En los países anglosajones principalmente, la idea de servicio social nació unida a las actividades voluntarias de carácter filantrópico destinadas a ayudar a los pobres, enfermos y grupos desfavorecidos. A medida que la sociedad y los políticos fueron asumiendo una mayor responsabilidad en el bienestar de todos los individuos, se fue ampliando la oferta de servicios para satisfacer las necesidades que iban surgiendo. Cada país llevó a cabo su propio proceso en función de su historia y cultura.

## **8.6.- El Sistema Catalán de Servicios Sociales y la Red Básica de Responsabilidad Pública**

El Sistema Catalán de Servicios Sociales (SCSS) es un conjunto coordinado de servicios, establecimientos, prestaciones económicas y actividades generales de prevención, atención y promoción social, que se llevan a cabo en el territorio de Cataluña, orientadas a prevenir la exclusión social y a promover la prestación social de soporte personal, de información, de atención y de ayuda a todos los ciudadanos, especialmente a las personas, las familias o los colectivos que, por razón de dificultades de desarrollo y de integración en la sociedad, falta de autonomía personal, disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, problemas familiares o marginación social, son acreedores del esfuerzo colectivo y solidario.

Dentro del SCSS ubicamos la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública, la cual integra los servicios sociales de atención primaria y especializada, formada por los recursos propios de las diferentes administraciones, por los recursos privados concertados y por los recursos de la iniciativa social subvencionada. En estos momentos, y desde su creación en 1996, la red la componen 24 servicios.

La Red se organiza a partir de cuatro niveles:

- El primero corresponde a la Atención Primaria
- El segundo agrupa toda la atención especializada
- El tercero clasifica los servicios especializados de alcance superior
- El cuarto nivel corresponde a los servicios de alcance general, como son las prestaciones económicas.

Presentamos a continuación un cuadro resumen de los elementos definitorios de la citada Red Básica de Servicios Sociales

Cuadro nº 19. Red básica de servicios sociales de responsabilidad pública. Generalitat de Cataluña

ESTRUCTURA FUNCIONAL	NIVELES DE ATENCION	AREAS DE ACTUACION	X.B.S.S.R.P. 24 S. MINIMOS	ESTRUCTURA TERRITORIAL	ENTES/ORGANOS COMPETENTES	FUNCIONES
SERVICIOS SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA	PRIMERO (SSAP)	Polivalente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) At. Social Primaria</li> <li>2) At. Domiciliaria</li> <li>3) Residencia de Estancia Limitada</li> <li>4) Comedor</li> <li>5) Asesoramiento Técnico</li> <li>6) Centros Abiertos de Niños y Adolescentes</li> </ol>	AREA BASICA Ayuntamientos >20.000 Hab. (Obligatorio)	Ayuntamientos > 20.000 Hab. (Obligatorio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programar/prestar y gestionar los SSAP</li> <li>- Coordinar</li> <li>- Soporte Informativo de Evaluación y estadística para la Generalitat</li> </ul>
SERVICIOS SOCIALES DE ATENCION ESPECIALIZADA	SEGUNDO (SSAE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia/Infancia y Adolescencia</li> <li>• Disminuidos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7) S. Atención Infancia y Adolescencia</li> <li>8) Soporte Integral Laboral</li> <li>9) Atención Precoz</li> <li>10) Centros Ocupacionales</li> <li>11) Viviendas con Servicios Comunitarios</li> <li>12) Transporte Adaptado</li> <li>13) Centros de Día</li> <li>14) Centros Residenciales</li> <li>15) Viviendas Tuteladas</li> <li>16) Centros de Día</li> </ol>	SECTOR COMARCAL Conjunto de Areas Básicas incluidas en una Comarca	Consejos Comarcals > 50.000 Hab.  Sector Regional no asumido por el Consejo Comarcal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programar los SSAE.</li> <li>- Prestar y gestionar</li> <li>- Coordinar</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas Mayores</li> <li>• Toxicómanos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>17) Centros de Acogida</li> <li>18) C. Res. Ac. Educativa</li> <li>19) Res. Estancia Limitada para Mujeres Maltratadas</li> <li>20) Integración Familiar</li> <li>21) Valoración / Orientación</li> <li>22) C. de Día Atención Especializada</li> <li>23) Centros Residenciales</li> <li>24) Centros Residenciales</li> </ol>	SECTOR REGIONAL Conjunto de S. Comarcals integrados en una Demarcación Territorial	Sector regional del Dpto. de Bienestar y Familia de la Generalitat de Cataluña  AMBITO DE CATALUÑA Conjunto de S. Regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cubrir los SSAE no prestados por el S. Comarcal</li> </ul> <p>----- Prestar los S.S. que alcancen todo el Territorio - Gestionar las Prestaciones Económicas</p>
	TERCERO (SSAE) DE ALCANCE SUPERIOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia/Infancia y Adolescencia</li> <li>• Disminuidos</li> <li>• Toxicómanos</li> </ul>				



### 8.6.1.- Los Servicios de Atención Primaria

Constituyen el punto de acceso inmediato al Sistema Catalán de Servicios Sociales, es el primer nivel de este y el más cercano al usuario y a los ámbitos familiar y social. Estos servicios se prestan mediante equipos multiprofesionales, el ámbito de actuación es el área básica de servicios sociales. Estos equipos desarrollan funciones de información, orientación, asesoramiento y derivación, de trabajo social comunitario y de detección y prevención, formulan propuestas de derivación a los servicios sociales especializados, aplican tratamiento a las personas, familias y grupos y gestionan los servicios de atención domiciliaria y otros que les sean designados.

La sectorización territorial aplicada a la gestión de los SSAP es la coincidente con los municipios de más de 20.000 habitantes o, en su defecto, el conjunto de municipios menores de 20.000 habitantes que integran una comarca.

Estos servicios van dirigidos a toda la población pero especialmente a las que presentan necesidades sociales. Los integran los servicios y establecimientos siguientes:

1. *Los Servicios Básicos de Atención Social Primaria.* Son el conjunto organizado y coordinado de acciones profesionales, integrado por el equipo técnico básico (trabajador social, trabajador familiar y educador social) que tienen como tarea promover los mecanismos para conocer, prevenir e intervenir en personas, familias y grupos sociales, especialmente si se encuentran en situación de riesgo social o de exclusión.

2. *Los Servicios de Atención Domiciliaria,* incluye la ayuda a domicilio y el servicio de Teleasistencia y de Telealarma. Se trata de un conjunto organizado y coordinado de servicios que se llevan a cabo en el domicilio del usuario, dirigidos a proporcionar atenciones personales, atenciones de carácter urgente, ayuda a la casa y soporte social a las personas o familias en situación de falta de autonomía personal, dificultades de movilidad o con problemáticas familiares especiales.

Se puede completar con otros servicios como el de comidas a domicilio, lavandería, podología y otros. Aunque estos servicios domiciliarios van dirigidos a toda la población, es decir tienen carácter polivalente, son las personas de edad avanzada las que utilizan mayoritariamente estos servicios de atención primaria.

3.- *Servicios residenciales de estancia limitada* (centros de urgencia y albergues). En el caso de los centros de acogida de urgencia, son servicios de acogida residencial que suplen temporalmente la casa familiar en casos puntuales de urgencia de personas o familias que presentan necesidades de carácter coyuntural e inmediato de ser alojados.

4.- *Servicio de comedor*. Proporcionan comidas elaboradas, de forma temporal, a personas y familias con necesidades sociales y que necesitan ayuda para la subsistencia. Sus principales beneficiarios son, sin excluir ningún colectivo, las personas mayores con dificultad de autonomía y las personas en situación de marginación o exclusión social.

5.- *Servicios de asesoramiento técnico*. Dirigido a los equipos y profesionales de los servicios sociales de atención primaria. Formados por equipos interdisciplinarios que comprenden como mínimo un trabajador social, psicólogo, pedagogo, educador social y abogado.

6.- *Servicios de centros abiertos para niños y adolescentes* (centros abiertos y pretalleres). Son servicios diurnos que hacen una tarea preventiva fuera del horario escolar, dan soporte, estimulan y potencian el desarrollo de la personalidad, la socialización, la adquisición de aprendizajes básicos y de ocio.

### **8.6.2.- Los Servicios Sociales Especializados**

Constituyen el nivel de actuación específica dirigida al diagnóstico, la valoración, el tratamiento, el soporte y la rehabilitación de los déficits sociales de las personas que pertenecen a colectivos o segmentos de población que se caracterizan por la singularidad de sus necesidades.

Estos servicios actúan contando con profesionales especializados y, según los casos, con recursos comunitarios, diurnos o residenciales, o con otros recursos que sean oportunos.

La coordinación entre las dos estructuras funcionales se lleva a cabo mediante la planificación y la programación de las diversas situaciones establecidas en el Plan de Actuación Social de Cataluña y la reglamentación concreta de los servicios

establecidos. Podemos observar que la distribución entre niveles es muy estanca y poco permeable y que se clasifican en función de las áreas de intervención.

Los servicios especializados, dirigidos a personas que pertenecen a colectivos caracterizados por la singularidad de sus necesidades, están formados por dos modalidades de servicios:

1. *Los servicios sociales especializados de acogida diurna.* Establecimientos que prestan atención en horario diurno, en los que se desarrollan actividades de acogida, distracción y convivencia, soporte comunitario y acciones preventivas.
2. *Los servicios sociales especializados de acogida residencial.* Establecimientos sociales que tienen una función substitutoria del hogar, ya sea de una forma temporal o permanente, para aquellas personas que por diversas circunstancias no tienen casa o no pueden estar en ella.

Estos servicios se agrupan en función de sus áreas de actuación o de los sectores específicos de población a los que van dirigidos.

### **8.7.- El Sistema de salud y la atención sociosanitaria**

El principio de universalización, introducido en la ley de Sanidad de 1986, ofrece a todos los ciudadanos del estado español la posibilidad y el derecho a recibir atención sanitaria pública, distribuida mediante una red de centros, servicios y establecimientos de atención y protección de la salud.

- *La atención primaria* es el primer nivel de acceso y se presta principalmente en los centros de atención primaria (CAP)
- *La atención especializada*, es el segundo nivel de acceso a la sanidad pública. La asistencia sanitaria especializada en Cataluña se presta a través de los recursos de internamiento, consultas ambulatorias especializadas, hospitales de día, urgencias y hospitalización a domicilio y cuenta con el soporte de otros recursos, como las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) y los programas de atención domiciliaria, equipos de soporte (PADES).

La mayoría de estos recursos se organizan funcionalmente en redes como la de hospitales de agudos, la red sociosanitaria, la red de salud mental y la red de atención a las drogodependencias, que forman parte de la red sanitaria de utilización pública. Las diferentes redes que prestan los servicios específicos a través de los cuales se lleva a cabo la asistencia sanitaria, se combinan y se complementan.

Además de los servicios de atención primaria y especializada, se puede acceder a una serie de *prestaciones complementarias*. Son aquellas que suponen un elemento adicional y necesario en la consecución de una asistencia sanitaria completa y adecuada: prótesis especiales; rehabilitación; transporte sanitario; oxigenoterapia y otras terapias respiratorias a domicilio y otros

- *Atención sociosanitaria*

Se trata de un modelo basado en la atención personalizada y humana que garantiza un abordaje integral de los problemas y la actuación multidisciplinar de diferentes tipos de profesionales: personal médico, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

La atención sociosanitaria es integral y multidisciplinar y garantiza una atención de calidad a las personas mayores, los enfermos crónicos con dependencia y las personas en situación terminal, a través de los diversos recursos de internamiento dirigidos a personas que necesitan una atención sanitaria geriátrica o psicogeriatrica. También se presta los enfermos con demencia, las curas paliativas y la atención a las personas con enfermedades crónicas evolutivas y que tienden a la discapacidad. En definitiva, está dirigida a las personas dependientes, no autosuficientes a nivel funcional y que requieren ayuda, vigilancia o cuidados especiales.

- *La red de servicios sociosanitarios*

Los equipamientos y servicios propios de la red sociosanitaria son:

- a) Programa de Atención Domiciliaria de personas mayores con enfermedades (PADES). Equipos especializados que dan soporte a la atención primaria en el ámbito de la geriatría y de las curas paliativas en aquellas situaciones más complejas que se benefician de la interdisciplinariedad y la especialización. Atienden a personas mayores, enfermos crónicos y enfermos terminales.

- b) *Centros sociosanitarios*: Centros de institucionalización que pueden tener diversas unidades de hospitalización y atención diurna.
- c) *Larga estancia*. Destinada a la atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia con diversos grados de complejidad clínica y que no pueden ser atendidos en su domicilio.
- d) *Media estancia - Convalecencia*. Destinada a personas con enfermedades que se encuentran en fase de recuperación de un proceso agudo y con pérdida de autonomía potencialmente recuperable o necesitan continuidad de un tratamiento o supervisión clínica continuada y que a causa de su complejidad, requieren intensidad de curas.
- e) *Media estancia - Curas paliativas*. Destinada a enfermos en situación de enfermedad avanzada o terminal que necesiten control de síntomas o tratamiento continuado en régimen de hospitalización. La patología predominante es la oncológica.
- f) *Media estancia - Polivalente*. Destinada a la atención de convalecencia y curas paliativas en unidades que, por su dimensión y criterios de planificación, no pueden realizar estas actividades de una manera específica.
- g) *Hospital de día*. Asistencia predominantemente a personas mayores enfermas, enfermos crónicos que requieren medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento o diagnóstico y seguimiento especializado en régimen diurno ambulatorio. Los objetivos de los servicios de atención de día pueden ser: la evaluación integral, la rehabilitación y la atención continuada de mantenimiento.
- h) *Residencia asistida*: Servicio de acogida residencial, con carácter permanente o temporal y de asistencia integral a las actividades de la vida diaria para personas mayores que no tienen un grado de autonomía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria, que necesitan atención y supervisión constante y tienen una situación socio-familiar que requiere la substitución del hogar.
- i) *Centro de día*: Servicio de acogida diurno, que se puede ofrecer en un establecimiento específico o bien como un servicio integrado en los espacios asistenciales generales y en el programa funcional de actividades de una residencia.

## 8.8.- Los recursos jurídicos, policiales y otros

A continuación enumeramos los recursos que existen en estos momentos en Cataluña, puesto que cada comunidad autónoma establece los mecanismos que considera oportunos para luchar contra la violencia que sufre la población.

Los servicios son los siguientes:

a) *Servicio de Tramitación de Justicia Gratuita.*

Servicio que ofrece prestaciones jurídicas a todas las personas que acrediten que no tienen recursos económicos para litigar en un juicio y que son parte en uno o pretenden iniciar uno. Entre otras prestaciones destacamos las siguientes:

- Asesoramiento y orientación gratuita antes del proceso
- Defensa y representación gratuitas por parte de abogados y procuradores de oficio en el procedimiento judicial

b) *Turno de Oficio especializado en violencia doméstica del Colegio de Abogados de Barcelona.*

Este turno ofrece una ayuda inmediata a la víctima de la violencia de género y evita la espera en la tramitación que la misma ley de asistencia jurídica gratuita exige. El letrado designado para estos casos sigue toda la causa, de manera que la persona agredida tiene un único representante legal en todo el proceso.

c) *Servicio de atención a la víctima. Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña.*

Es un servicio de atención a la víctima ofrecido desde la propia Fiscalía.

d) *Guardia Urbana.* Es un recurso policial cuya función principal es el auxilio de la víctima, acompañamiento en los traslados a los hospitales o al SAM y, según el caso, la detención del presunto agresor.

e) *Servicio de Atención a la Mujer, de la Policía Nacional (SAM)*

Se trata de una comisaría especializada en la tramitación de denuncias referidas a la violencia contra las mujeres.

f) *Centro Municipal de Atención a las Urgencias Sociales (CMAUS)*

Es un centro de atención social permanente, que atiende cualquier situación de urgencia y también los casos de violencia fuera de los horarios de atención al resto de servicios, con un equipo especializado en urgencias y que gestionan un conjunto de recursos y servicios de soporte.

g) Existen otras *entidades especializadas*, asociaciones dedicadas a la atención a las víctimas de la violencia de género, que ofrecen espacios de atención individual y grupal, escucha, atención psicológica, sensibilización, contención, mediación, asesoramiento, acompañamiento, prevención y detección. Nombraremos las asociaciones más relevantes: Asociación de Mujeres Juristas, Asociación THEMIS, Asociación TAMAIA, Instituto GENUS, entre otras

Tras obtener información de todas ellas, se puede afirmar que el tema de la violencia a las mujeres de edad avanzada no es un punto de interés y atención en sus organizaciones. Asimismo, manifiestan no conocer el tema y no tener demanda de servicios por parte de mujeres mayores.





## **CAPITULO 9**

### **Estudio Empírico**

#### **9.1.- Justificación**

#### **9.2.- Objetivos e hipótesis**

##### **9.2.1.- Objetivo general**

##### **9.2.2.- Objetivos específicos**

##### **9.2.3.- Las hipótesis**

#### **9.3.- Importancia del estudio**

#### **9.4.- Limitaciones del estudio**

#### **9.5.- Método**

##### **9.5.1.- Participantes**

##### **9.5.2.- El Instrumento**

##### **9.5.3.- Procedimiento**

#### **9.6.- Resultados**

##### **9.6.1.- Análisis de datos**

###### **9.6.1.1.- Análisis de los datos categóricos**

###### **9.6.1.2.- Análisis de contenido**

##### **9.6.2.- Resultados de los análisis efectuados**

###### **9.6.2.1.-Resultados de ( $\chi^2$ )Chi-Cuadrado**

###### **9.6.2.2.- Resultados de contenido**

###### **9.6.2.2.1- Descripción de los malos tratos detectados**

###### **9.6.2.2.2.- Descripción de posibles antecedentes de violencia**

###### **9.6.2.2.3.- Describir si hay circunstancias de pobreza extrema o moderada**

###### **9.6.2.2.4.- Describir las intervenciones realizadas hasta ahora**

###### **9.6.2.2.5.- Valorar la viabilidad y accesibilidad prevista para la intervención**

### 9.1.- Justificación

De todo el recorrido por los capítulos anteriores se puede afirmar que una de las formas de violencia que permanece más oculta, más desconocida y menos intervenida, es aquella que padecen, bajo diversas formas, las personas de edad avanzada. Debido al incremento de la esperanza de vida y en consecuencia, del proceso de envejecimiento de la población, se augura que estas situaciones de malos tratos se incrementarán considerablemente en los años venideros. Estamos frente a un problema social y de salud grave, del cual desconocemos las cifras y la forma cómo tiene lugar. Ciertamente, desconocemos la magnitud del problema, pero lo que si existe es una percepción de la casuística por parte de los profesionales que representa la punta del iceberg.

Es fundamental reconocer el problema y disponer de definiciones y tipologías consensuadas respecto a lo que entendemos por maltrato, abuso, violencia, agresividad, abandono, negligencia, autonegligencia y otros para poder afrontar el diseño de un estudio empírico de este fenómeno tan y tan complejo. Esta es la razón más destacada por la cual nos hemos centrado con tanto detalle en los capítulos anteriores. No se puede abordar aquello que no se conoce.

Por otra parte consideramos que se ha de hacer un gran esfuerzo para poder, poco a poco, acumular información y datos empíricos para afrontar un gran reto, el de establecer modelos etiológicos a partir de nuestra propia realidad con la finalidad de que los profesionales dispongan de un amplio abanico de posibles intervenciones que faciliten una actuación lo más eficaz posible dirigida a las personas mayores maltratadas.

Visto e interpretado, de una forma muy global y sobre todo teórica, el fenómeno de los malos tratos a los mayores en los capítulos anteriores y considerando la elevada

complejidad que este tema comporta, concluimos que debemos acotar el objeto central del estudio. Así pues, teniendo en cuenta que la prevención, tratada en el capítulo siete, es una de las formas más efectivas para evitar el maltrato, nos interesa conocer los factores de riesgo asociados para incidir en ellos mediante acciones y estrategias.

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

Las consecuencias a largo plazo de los malos tratos hacia las personas mayores pueden ser determinantes y muy diversas. Entre otras podemos citar daños físicos y psíquicos, definitivos e irreversibles, tendencia a la claudicación y como consecuencia a la autonegligencia y al abandono personal, tentativas de suicidio, miedos psicológicos, ansiedad y depresión. Es por todo ello que la prevención y el soporte, así como la intervención, son del todo necesarias, deben ser eficientes, rápidas y especialmente dotadas de los recursos apropiados para dar respuesta.

Los profesionales, técnicos y estudiosos del tema, precisan tener conocimiento real del fenómeno de los malos tratos a los ancianos, así como tener información y formación sobre éste fenómeno tan complejo. Para ello, entre otros, deben contar con instrumentos de detección y de intervención, así como de recursos específicos. El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) establece como objetivo prioritario sobre el tema de los malos tratos a los mayores el de adoptar medidas para eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia. Entre las medidas propuestas destaca la de llevar a cabo investigaciones que nos conduzcan a detectar las causas, la naturaleza, la magnitud, la gravedad y las consecuencias de todas las formas de violencia contra los ancianos y hacer la máxima difusión de las conclusiones.

Teniendo en cuenta todos los aspectos expuestos y añadiendo una creciente inquietud, tanto personal como profesional, así como, un inicio de sensibilización por parte de la sociedad en general, se considera plenamente justificada la realización de esta investigación.

## **9.2.- Objetivos e hipótesis**

A través del largo y exhaustivo recorrido teórico y conceptual hemos podido establecer algunas conclusiones, las cuales a su vez, nos van generando nuevos interrogantes: Así, después de muchas reflexiones, hemos optado por llevar a cabo un estudio de tipo exploratorio, motivado especialmente por la constatación del estado incipiente en el que se encuentra el conocimiento del fenómeno de los malos tratos a las personas mayores en nuestro país y también por las múltiples dificultades que comporta el diseño de investigación para este fenómeno tan sumamente complejo.

A continuación detallamos los objetivos que nos hemos propuesto desarrollar a lo largo de la investigación.

### **9.2.1.- Objetivo general**

Tal y como se expone en el preámbulo nuestro objetivo general se centra en identificar, describir y explorar las características y aspectos principales que intervienen en las situaciones de los malos tratos a las personas mayores. Todo ello asociado a las situaciones detectadas y clasificadas como maltrato a las personas mayores que viven en el ámbito familiar, mediante la aportación de casos detectados de malos tratos a personas mayores provenientes de los diversos profesionales que trabajan en distintos servicios de atención primaria públicos. De esta manera, se nos permitirá ahondar en las causas que derivan en situaciones de malos tratos (económicas, culturales, formativas, relacionales, asistenciales y otras) y posteriormente, disponer de más información para elaborar posibles modelos para la intervención.

### 9.2.2.- Objetivos específicos

Entre los objetivos más concretos destacamos los siguientes:

- a) Describir los principales problemas asociados al abordaje de los malos tratos a las personas mayores. La detección, los conceptos y las diversas tipologías.

Existen creencias populares, básicamente intuitivas o fruto de la observación, que situaciones como el ser una persona dependiente de otra, son determinantes para generar malos tratos. Se trata de ir identificando estos y otros indicadores para mejor detectar estas situaciones concretas.

- b) Elaborar un perfil de la persona mayor en situación de maltrato y de la persona que posiblemente comete el maltrato.

Necesitamos ir avanzando en la descripción de perfiles tanto de las personas que padecen los malos tratos como el de las que lo producen o lo ejercen, para no estancarnos en una descripción estandarizada.

- c) Conocer e identificar cuáles son los factores de riesgo que se dan de una forma más significativa en situaciones de malos tratos y como consecuencia, poder contribuir a reducir o impedir las diferentes tipologías de malos tratos a las personas de edad avanzada.

El poder identificar los factores de riesgo, tanto en relación a la víctima como los que se pueden asociar con la persona que es el causante del maltrato, es fundamental para diseñar e implementar programas de acción preventiva.

- d) Conocer la existencia y aplicabilidad de la red pública de servicios sociales, sociosanitarios, de salud y jurídicos a los que pueden acceder las personas mayores en situación de maltrato familiar.

Pretendemos con este objetivo averiguar hasta que punto la red de servicios sociales y de salud, cubren las necesidades de las personas mayores que padecen algún tipo de

maltrato. Poder describir el tipo de servicios que se prioriza en su solicitud y el grado de cobertura.

- e) Obtener un fondo de datos que ayude y estimule a proseguir, mediante investigaciones futuras, un camino tan inexplorado como es el fenómeno de los malos tratos que padecen las personas mayores. De esta forma se conseguirá avanzar en la construcción de modelos etiológicos y consecuentemente en modelos de intervención interdisciplinar (protocolos de detección y de acción).

De alguna forma debemos iniciar una recopilación de datos para poder ponerlos a disposición de la comunidad científica y estimular a estudiosos del tema a que se continúe y se profundice en el estudio de este fenómeno de los malos tratos a los mayores.

### **9.2.3.- Las hipótesis**

Considerando y tomando como punto de partida que la hipótesis es un planteamiento o supuesto que busca comprobar o refutar, mediante las normas establecidas por el método científico y que debe estar directamente relacionada con el marco teórico de la investigación y derivarse de él, pasamos a plantear las siguientes hipótesis exploratorias.

- 1.- Detectar la posible relación entre factores de riesgo y aparición de maltrato en personas mayores.
- 2.- Detectar la posible relación entre factores de riesgo de la persona cuidadora y la aparición de maltrato en personas mayores.

### **9.3.- Importancia del estudio**

La información que nos pueda proporcionar este estudio exploratorio sobre las características que presentan personas mayores en situación de padecer algún tipo de maltrato, será un indicio para conocer, entre otros datos, la implicación de algunos de

los muchos factores de riesgo que afectan a las situaciones detectadas de maltrato a ancianos.

Con esta información se obtendrán elementos fundamentales para poder diseñar, programar y aplicar acciones técnicas y políticas con la finalidad de prevenir, detectar e intervenir en situaciones de malos tratos a las personas mayores.

Se trata, en definitiva, de abrir una vía de investigación que aunque sea muy inicial puede aportar sensibilidad y estímulo para abrir posteriores líneas más concretas de investigación y de acción.

#### **9.4.- Limitaciones del estudio**

Diversos y muy variados han sido los aspectos que han limitado esta investigación, no los mencionaremos por orden de importancia puesto que la combinación de todos ellos ha sido lo que ha ocasionado esta complejidad. Se detallan a continuación los más relevantes:

- La recogida de datos de la muestra, no se ha llevado a cabo directamente con la persona mayor maltratada, sino que ha sido aportada por los profesionales, mediante sus historias tanto clínicas como sociales. Consideramos que puede haber un sesgo de información, especialmente porque los profesionales no partían de una misma información y conocimiento teórico.
- Inicialmente la falta de conocimiento entre los profesionales sobre el fenómeno de los malos tratos a las personas mayores ha comportado un avance lento y lleno de dudas, con referentes teóricos poco cercanos y con pocas posibilidades de extrapolación de los datos que nos ofrece la literatura actual.
- Ante una infradetección generalizada por parte de los profesionales de los servicios sociales y los servicios de salud de casos de malos tratos a ancianos, se intentó implicar al mayor número posible de profesionales de ambos ámbitos (salud y servicios sociales). Pero nos encontramos con que muchos de ellos no manifestaron ningún interés en participar en el estudio o bien, no pudieron hacerlo por motivos personales y laborales. Es importante destacar que la tarea de

investigar, habitual y frecuentemente no forma parte de las funciones o actividades que los profesionales de atención primaria en servicios sociales tienen asignadas por la institución, por lo tanto, su dedicación al estudio era una opción personal con dedicación extralaboral. Todo ello ocasionó alguna que otra dificultad a la hora de implicar a los profesionales en la tarea del estudio.

- Por otro lado, la falta de información y de sensibilización de todos y cada uno de los sectores de población: profesionales, técnicos, políticos, incluso las mismas personas mayores y la población en general respecto a los malos tratos infringidos a los ancianos ha sido otro eslabón en la cadena de dificultades a superar.
- Otra gran limitación ha sido la amplitud, magnitud y complejidad del problema. El hecho y la necesidad de acotarlo ha sido sumamente costoso, puesto que todos los aspectos los consideramos importantes e interesantes.
- Uno de los mayores inconvenientes afrontados a lo largo de los años del estudio, ha sido el de obtener la muestra, es decir poder estudiar casos de situaciones de maltrato en personas mayores. Poder conseguirla ha supuesto establecer muchos contactos con profesionales de primera línea, dedicados a los servicios sociales y a la salud principalmente, así como la negociación con las instituciones implicadas. Ante la imposibilidad de llevar a cabo entrevistas personales con ancianos maltratados, se ha utilizado el análisis de los registros y relatos efectuados por profesionales.
- Se han apreciado también diferencias de criterio por parte de los profesionales que forman parte del estudio, del campo de la salud y de los servicios sociales, en el momento de hacer los registros de los casos detectados. Destacamos la limitación y la escasa exposición en el contenido de los relatos de los casos registrados, posiblemente motivado por el poco conocimiento del problema. Así pues, nos enfrentamos con lo que se denomina el fenómeno de *la no-respuesta* (Rojas, Fernández y Pérez, 1998) que genera la disminución del tamaño de la muestra y provoca un sesgo importante en los resultados.
- Inicialmente se generó una gran preocupación entre los profesionales que aceptaron participar en el estudio ante la posibilidad de romper la confidencialidad de las situaciones de maltrato estudiadas, no solamente en lo relativo a las personas maltratadas sino también la posible identificación del profesional que



dirigía el caso concreto. Se buscó un circuito que garantizara todo tipo de confidencialidad (detallado en el método). Asimismo, se consideró la aplicación de los códigos deontológico de los profesionales colaboradores (psicólogos, trabajadores sociales y médicos).

- Otra limitación en este estudio es la ausencia de información sobre la historia de violencia o maltrato, así como de los conflictos no resueltos entre la familia, durante la infancia y adultez, relativa a los casos analizados, lo cual nos impide relacionar los factores de riesgo de un posible contexto de violencia.
- Falta de consenso en la información y formación de los profesionales intervinientes en el estudio. Queremos evidenciar la gran dificultad que supone poder identificar factores de riesgo sin disponer de ningún estudio de probabilidad sobre prevalencia, referidos a los malos tratos a ancianos en nuestro país. La posibilidad de que en la práctica, tanto médica como social, se use la idea del factor de riesgo no como tal sino como un indicador. Por ejemplo, la depresión, puede ser utilizado como indicador al ser considerada como una consecuencia del maltrato (hay autores que indican que es más común entre ancianos víctima de maltrato que entre los que no son maltratados) o como factor de riesgo si se puede comprobar que se ha dado con anterioridad al maltrato.

### 9.5.- Método

El método significa camino, marcha y no un programa o receta preestablecida. La aplicación de esta versatilidad y ductilidad es el que ha dominado en el proceso de la investigación, obligando a una continua reflexión que ha conllevado un hacer y deshacer, un ir y venir constante.

El tipo de estudio es exploratorio de casos detectados o sospechados de malos tratos a personas mayores de 65 años que viven en su domicilio, durante el año 2002.

La información que hemos podido obtener en el marco teórico y conceptual nos ha permitido diseñar el camino a seguir en este estudio empírico. Ciertamente, sin una base de conocimiento como la descrita en los anteriores capítulos no sería posible llevar a cabo el trabajo de este capítulo. A pesar de que en algún momento puede dar

la sensación de ser dos bloques diferenciados, como dos unidades separadas la teórica y la práctica, no es así, puesto que sin un punto de partida consistente y un conocimiento amplio del fenómeno, la acción no puede avanzar.

En este estudio se aplica la metodología cuantitativa combinada con la metodología cualitativa consiguiendo con esta fórmula un beneficio de complementariedad. No obstante, cabe puntualizar que las técnicas de recogida de datos son propias de una determinada metodología, es decir que existen instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos. Anguera (2004), en un reciente trabajo afirma que la metodología observacional es la que mejor se adapta a la complementariedad entre lo cualitativo y lo cuantitativo y que siempre requerirá de la elaboración de un instrumento *ad hoc* a partir del cual se efectuará un registro (metodología cualitativa) y éste deberá someterse a un control de calidad y un análisis adecuado (metodología cuantitativa).

A pesar de los problemas que todo ello conlleva, en nuestro trabajo hemos elaborado un instrumento *ad hoc* mediante el cual conseguiremos la recogida de datos cualitativos y cuantitativos. Hemos de considerar que la integración de ambos se basa en la idea de que cualidad y cantidad se reclaman entre sí para no perder su sentido.

### 9.5.1.- Participantes

La selección de la muestra estaba basada en tres criterios básicos:

- Personas de 65 años y más
- Que vivan en su domicilio (ámbito familiar)
- Y que han sido víctimas de maltrato, el cual ha sido detectado por los distintos profesionales que trabajan en:
  - a. Los centros de Atención Primaria, tanto de Servicios Sociales como en las Areas Básicas de Salud,
  - b. Profesionales del Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte (PADES)
  - c. Profesionales de Caritas

La zona geográfica o territorio de recogida de la información de los casos de malos tratos se enmarcó, a priori, en dos distritos de la ciudad de Barcelona:

- Sant Gervasi de Cassoles, el año 2001 contaba con 96.155 habitantes y de estos 21.418 de más de 65 años.
- Sant Martí de Provençals, con 206.401 habitantes de los cuales 42.307 eran mayores de 65 años.

El hecho de que fueran estos dos distritos y no otros fue por designación y autorización de los Servicios Personales del Ayuntamiento de Barcelona, los cuales llevaron a cabo una primera prospección respecto al interés que podía suscitar entre los profesionales el participar en este estudio y con esta problemática de los malos tratos.

Se estudian todos los casos vigentes o que puedan surgir durante el año 2002, con expediente cerrado o abierto.

Como criterios de exclusión se utilizaron:

- Procedencia de la persona mayor maltratada de una institución (hospital, residencia).
- Procedencia de un ámbito territorial que no sea el delimitado previamente por la investigación.

La investigación analiza conjuntamente los casos que presentan una sospecha y los casos de maltrato confirmado.

- Se considera sospecha cuando aparecen algunos de los indicadores estipulados en el capítulo cinco (5.2.2). No obstante, a pesar de que falte un trabajo más elaborado que nos permita estar seguros de la existencia de toda la relación de hechos que configuran el maltrato, en muchas ocasiones, no se dispone, ni de experiencia, ni de recursos adecuados, para confirmar la sospecha (este ejemplo se ve con claridad en el abuso económico).

### 9.5.2.- El Instrumento

Inicialmente, se elaboró un cuestionario para la recogida de datos de las situaciones tanto de confirmación como de sospecha de maltrato. Con la finalidad de sistematizar toda la información, este documento fue presentado a los profesionales colaboradores para poder consensuar el contenido y si se creía conveniente poder modificarlo. Después de varios debates y aportaciones se elaboró el modelo definitivo, quedando así garantizada su idoneidad en la formulación y en su comprensión (anexo nº 1).

Para asegurar la confidencialidad de los datos personales en el formulario, como datos de identificación de la persona maltratada solamente consta el número de registro del caso, no aparece ningún dato que pueda identificarlo. Asimismo, para evitar la duplicidad de casos, puesto que son diversas las fuentes de recogida de información, se utiliza un libro de registro para cada distrito, en el que consta el número de registro con el nombre de la persona sujeto de estudio.

**Tabla nº 20. Diseño del cuestionario**

<b>Referencia del bloque</b>	<b>Número de Ítem</b>	<b>Naturaleza de la respuesta</b>
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	Del 1 al 14	Respuesta múltiple
Soporte Social	Del 15 al 18	Respuesta múltiple
Cuidador Principal	Del 19 al 24	Respuesta múltiple
Utilización de servicios previos a la detección	Del 25 al 34	Respuesta múltiple
Características de la víctima	Del 35 al 37	Respuesta múltiple
Características del agresor	Del 38 al 42	Respuesta múltiple
Tipos de malos tratos	Ítem 43	Respuesta múltiple
Descripción del maltrato	Ítem 44	Pregunta abierta
Descripción de posibles antecedentes de violencia familiar	Ítem 45	Pregunta abierta
Descripción de circunstancias de pobreza extrema o moderada	Ítem 46	Pregunta abierta
Describir las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento actual	Ítem 47	Pregunta abierta
Valora la viabilidad y accesibilidad prevista para la intervención	Ítem 48	Pregunta abierta

Una peculiaridad importante a resaltar es que el cuestionario que presentamos, no se podía cumplimentar en situación de cara a cara con la persona objeto del maltrato, sino que se cumplimentó utilizando la historia social y/o clínica de los profesionales que, con anterioridad, habían llevado a cabo la recogida de datos, mediante la técnica de entrevista (en el despacho del profesional o bien en el domicilio de la persona maltratada).

Se puede observar que la primera parte del cuestionario se centra en preguntas cerradas con opciones de respuesta múltiple, es decir que las preguntas están precodificadas, con la finalidad de poder obtener datos cuantitativos.

Es a partir del ítem nº 44 que se establecen cinco preguntas abiertas enfocadas a obtener datos para el análisis cualitativo. Dichas preguntas están diseñadas para generar, en quien las responde, un proceso de reflexión personal ante el caso investigado.

El instrumento de análisis seleccionado para esta parte del cuestionario ha sido el denominado análisis de contenido.

Como afirma Anguera (2004), cada vez es mayor el número de profesionales e investigadores que optan por la combinación del uso de la metodología cualitativa y la cuantitativa, contemplando la utilización de técnicas propias de uno y otro conforme a las características del estudio a realizar. Nosotros participamos de esta opinión, especialmente al tener que llevar a cabo un estudio enfocado a la comprensión de situaciones complejas de seres humanos así como su interacción con el entorno.

### **9.5.3.- El procedimiento**

La ética en la investigación es actualmente un hecho indispensable y así lo hemos considerado en nuestro estudio. Por tal motivo nos hemos basado en la referencia de los códigos deontológicos del psicólogo. En primer lugar hemos consultado el Código Deontológico para la profesión de Psicólogo, elaborado a partir del anteproyecto presentado en el I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, celebrado en Madrid en mayo de 1984, en el que se dedica un capítulo específico a la investigación y la docencia.

Asimismo, hemos considerado el *Codi Deontològic* aprobado en la Junta General de Colegiados, el 2 de noviembre de 1989, del Colegio de Psicólogos de Cataluña. También se ha tenido en cuenta el Código de Ética y Deontológico de los Diplomados en Trabajo Social de Cataluña.

Uno de los elementos más delicados y que han centrado más nuestra sensibilidad y atención a lo largo del estudio empírico ha sido el de la confidencialidad, no solamente para preservar el anonimato de las personas que son objeto de malos tratos sino también el anonimato de los profesionales que nos han proporcionado la información. Ambos aspectos han sido tratados específicamente.

Ante la gran dificultad surgida, de poder contactar directamente con personas mayores en situación de maltrato, o con sospechas de padecerlo en el ámbito familiar, la alternativa más adecuada para lograrlo fue el poder conseguir la colaboración de los profesionales de atención primaria (trabajadores sociales, psicólogos, juristas, médicos, enfermeras), tanto de servicios sociales como de salud y del programa sociosanitario, para que nos permitieran acceder a la información de los casos de maltratos a personas mayores que fueron atendidos por sus servicios a lo largo del año 2002.

De esta forma y en las zonas geográficas determinadas, con la finalidad de abarcar todas las posibles fuentes dónde se detectan casos de malos tratos a personas mayores, se buscó la colaboración de los siguientes servicios: Servicios sociales de Atención Primaria (SSAP), Centros de Atención Primaria de Salud (CAP), PADES (Programa Sociosanitario) y Cáritas.

Contando con la mediación y colaboración de los directores de los servicios pudimos contactar con los profesionales, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, juristas y enfermeras. Se llevaron a cabo varias reuniones para explicar a los profesionales interesados en participar en el estudio el tema, los objetivos y las pautas del procedimiento, consiguiendo así su implicación en el mismo. La acogida fue muy positiva. Cabe mencionar que el Ayuntamiento de Barcelona llevó a cabo sesiones de formación sobre el tema de los malos tratos a los ancianos, a cargo de la responsable del estudio (M. Tabueña), dirigidas a los profesionales que prestan sus servicios en los servicios de atención primaria de los diferentes distritos de la ciudad. Este aspecto fue un elemento muy favorecedor para la investigación, puesto que se basaba en la

información proporcionada por profesionales que habían recibido con anterioridad una formación específica, mínima, pero suficiente y válida, como punto de partida.

Se llevaron a cabo reuniones con los profesionales de ambos distritos, no solo de los servicios sociales, sino también, de los servicios de salud, puesto que no perdemos de vista el enfoque multidisciplinar del estudio. En estas reuniones se explicaron los objetivos y la metodología del estudio, invitando posteriormente a colaborar mediante sus aportaciones de casos.

Inicialmente, el profesional responsable del caso detectado o sospechado de maltrato, es el que debía cumplimentar el cuestionario de recogida de datos, basándose en la historia social o/y clínica del caso. Con esta información se revisaron los cuestionarios y en caso de duda se establecía contacto personal con la responsable del estudio para asentar y clarificar bien la información.

Antes de iniciar el estudio se pasó una prueba piloto para validar el instrumento o cuestionario. Después de la comprobación y con las aportaciones recibidas se elaboró el cuestionario definitivo.

Durante el periodo lectivo del año 2002, un día a la semana, se llevaba a cabo la recogida de los datos y la entrevista con el profesional que los avalaba, para poder resolver dudas y otros aspectos que pudieran presentarse.

## **9.6.- Resultados**

Se realizan en dos apartados; análisis de datos categóricos ( $\chi^2$ ) y análisis de contenido

### **9.6.1.- Análisis de datos**

A continuación se detallaran las características más importantes del análisis de los datos obtenidos

#### **9.6.1.1.- Análisis de datos categóricos**

Mediante el instrumento utilizado (tabla nº 20), disponemos de 44 ítems que nos permiten elaborar un análisis cuantitativo de los datos obtenidos. Éste se ha llevado a cabo mediante una base de datos (Access) y su explotación estadística ha sido realizada con el programa SPSS 11.0. Las variables cuantitativas se expresan en forma de medianas con sus desviaciones estándares.

El total de casos o situaciones de malos tratos, tanto sospechados como detectados ha sido de 178.

Para valorar la relación entre los diferentes elementos de estudio se ha recurrido a la prueba del ( $\chi^2$ ), Chi-Cuadrado de Pearson, con este test lo que queremos determinar es si la frecuencia observada de un fenómeno es significativamente igual a la frecuencia teórica prevista, o sí, por el contrario, estas dos frecuencias acusan una diferencia significativa.

En los contrastes de hipótesis llevados a cabo se ha considerado como estadísticamente significativo el nivel de significación alfa bilateral del 5% ( $p < 0,05$ ).



### 9.6.1.2.- Análisis de contenido

Para llevar a cabo el análisis cualitativo nos hemos basado en la metodología de análisis de contenido que tiene una orientación fundamentalmente exploratoria, vinculada a fenómenos reales y de finalidad predictiva (Krippendorff, 1990).

De los 178 casos registrados hemos considerado adecuados para el análisis de contenido todos aquellos que hubieren respondido a cuatro o más preguntas resultando un total de 99 casos analizados, el 55,62% del total de la muestra.

**Tabla nº 21. Número de respuestas a los ítems 44 al 48**

Número de Casos y Respuestas	Número	%
Total Casos con 0 Respuestas	14	7,87%
Total Casos con 1 Respuesta	15	8,43%
Total Casos con 2 Respuestas	7	3,93%
Total Casos con 3 Respuestas	43	24,16%
Total Casos con 4 Respuestas	17	9,55%
Total Casos con 5 Respuestas	82	46,07%
<b>Total Casos Evaluados</b>	<b>178</b>	<b>100,00%</b>

Una vez clasificadas todas las unidades de análisis, es decir los casos que contenían cinco o cuatro preguntas con respuesta, se dio paso a codificar la regla de enumeración, en este caso el recuento simple de frecuencias.

Posteriormente, divididas y organizadas las unidades de registro, se elaboró un sistema de categorías, las cuales y según Bardin (1986), constituyen las *“secciones o clases que reúnen un grupo de elementos (unidades de registro) bajo un título genérico, reunión efectuada en razón de los caracteres comunes a dichos elementos”*

Nuestro sistema de categorías ha sido construido de forma Inductiva, es decir, se ha partido de las propias unidades de registro, clasificándolas y elaborando la definición de cada categoría.

Primeramente, realizada la lectura de todos los relatos y obtenidos los núcleos temáticos se fueron distribuyendo en grupos de categorías. Se ha intentado que el sistema de categorías cumpliera los requisitos de:

- Mutua exclusión: las categorías han de estar bien diferenciadas para que cada unidad de registro pueda incluirse sólo en una.
- Pertinencia: las categorías se han de adaptar al material de análisis de que disponemos y pertenecer al marco conceptual en que nos movemos.
- Exhaustividad: todas las unidades de registro han de estar ubicadas en alguna categoría. Para aquellas unidades que no encajan en ninguna categoría puede crearse una nueva "otros".
- Productividad: el sistema debe proporcionar la posibilidad de responder a la problemática o a las hipótesis previas planteadas.
- Homogeneidad: las categorías deben presentar un mismo grado de amplitud.

Ya constituido el sistema de categorías se llevó a cabo la definición de cada una de ellas de forma operacional, presentándolas con claridad y coherencia. Cada uno de los cinco apartados, correspondientes a cada pregunta originó un sistema de categorías distinto, hecho a medida. En alguna de las categorías y a causa de su amplitud, pasamos a recategorizarlas en categorías de segundo orden o "supraordenadas" (Triadó, Villar, Ramírez y Rivera, 1995). Estas categorías también deben cumplir los mismos criterios que las básicas.

La fiabilidad es una condición necesaria para la validez de los resultados. Según Krippendorff (1990), *"un procedimiento fiable es aquel que rinde los mismos conjuntos de fenómenos, independientemente de las circunstancias de su aplicación"*. Con la finalidad de que nuestros datos resulten fieles a aquello que queremos representar, se ha llevado a cabo una comparación de resultados de la codificación efectuada por un codificador independiente.

De esta forma, se seleccionaron al azar los sistemas de categorías sobre los que se calcularía la fiabilidad. Luego se proporcionó a una codificadora independiente, por un

lado el sistema de categorías y por otro las definiciones y el conjunto de unidades de análisis ordenadas aleatoriamente.

### 9.6.2.- Resultados de los análisis efectuados

El número de casos estudiados en situación de maltrato detectado y vigente a lo largo del año 2002 en los distritos de Sant Gervasi de Cassoles y en Sant Martí han sido un total de 178 ( el 84,8% provienen de la zona de Sant Marti).

Tabla nº 22. Casos estudiados durante el año 2002

	Casos vigentes 2002	Casos detectados 2002	Población >65 a.	Población > 65 a. atendida por los SSAP	% casos maltrato sobre total atendidos por los SSAP
Sant Martí	151	65	42.307	1.913	7,9%
Sant Gervasi	27	18	21.418	798	3,4%

### La detección de los casos

Tal y como se detalla en la tabla nº 30 la mayor parte de los casos detectados lo han sido mediante los profesionales de los servicios sociales de atención (trabajadores sociales) del distrito de Sant Marti. Por el contrario, en el distrito de San Gervasio ha sido el servicio PADES (programa de atención domiciliaria sociosanitario) el que ha detectado más casos de malos tratos en el distrito.

La detección por parte de personas no profesionales, o bien por la propia víctima o familiares, representa el 8'5% de los casos detectados.

Tabla nº 23. Detección de los casos

DETECCIÓN	SANT GERVASI	SANT MARTÍ	TOTAL
<b>No profesionales</b>			
La propia víctima	3 (11,1%)	5 (3,3%)	8 (4,5%)
Familiares de la víctima	1 (3,7%)	5 (3,3%)	6 (3,4%)
Otros no profesionales	-	1 (0,7%)	1 (0,6%)
<b>Profesionales</b>			
Servicios Sociales de AP	4 (14,8%)	132 (87,5%)	136 (76,4%)
Servicios de Salud de AP	1 (3,7%)	7 (4,6%)	8 (4,5%)
PADES	17 (63%)	-	17 (9,6%)
Hospital	-	1 (0,7%)	1 (0,6%)
Caritas	1 (3,7%)	-	1 (0,6%)
<b>TOTAL</b>	<b>27 (15,2%)</b>	<b>151 (84,8%)</b>	<b>178</b>

### Tipologías presentadas

La distribución de las distintas tipologías presentadas en los casos estudiados tanto confirmados como sospechados queda reflejada en la siguiente tabla.

Tabla nº 24. Tipos de malos tratos

Tipos de malos tratos	Confirmados Frecuencia	Sospecha Frecuencia	Porcentajes
Autonegligencia	61 (34,3%)	49 (27,5%)	110 (61,8%)
Negligencia	68 (38,2%)	30 (16,9%)	98 (55,1%)
Psicológico	34 (19,1%)	43 (24,2%)	77 (43,3%)
Vulneración de derechos	20 (11,2%)	22 (12,4%)	42 (23,6%)
Económico	15 (8,4%)	16 (9,0%)	31 (17,4%)
Físico	19 (10,7%)	11 (6,2%)	30 (16,9%)
Abandono	9 (5,1%)	2 (1,1%)	11 (6,2%)
Sexual	0	1 (0,6%)	1 (0,6%)
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>174</b>	<b>400</b>

### Tipologías confirmadas y sospechadas

Si tenemos en cuenta los casos confirmados y los sospechados conjuntamente, la autonegligencia pasa a ocupar el primer lugar como la tipología más frecuente con un 61,8%. La negligencia supone, en este caso, el 55,1%. Sigue el psicológico con un 43,3%, la vulneración de derechos que representa el 23,6%, el económico un 17,4% ocupando un lugar superior al maltrato físico con un 16,9% tal y como se detalla en la tabla nº 28.

**Tabla nº 25. Número de malos tratos por persona**

Número de malos tratos por persona	Frecuencia	Porcentaje
1	67	37,6
2	44	24,7
3	39	21,9
4	14	7,9
5	12	6,7
6	2	1,1
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

La tabla nº 29 nos ofrece los datos sobre las víctimas de nuestro estudio que presentan diversos tipos de malos tratos en un mismo momento

El 62,4% de las víctimas presentan más de un tipo de maltrato a la vez. Con un maltrato hay 67 personas (37,6%), con dos malos tratos 44 personas (24,7%), con tres malos tratos 39 personas (21,9%), con cuatro 14 personas (7,9%).

## Características de las víctimas

**Tabla nº 26. Aspectos generales de la víctima**

Variable	Categoría	Total (n: 178)
<b>Edad</b>	-	78,93 (d.t. = 6,888)
<b>Sexo</b>	Mujer	74,7%
	Hombre	25,3%
<b>Educación</b>	No sabe leer ni escribir	5,1 %
	Sabe leer y escribir	10,7 %
	Primaria	14,1 %
	Estudios superiores	4,0 %
	Se desconoce	66,1 %
<b>Estado civil</b>	Viudo/a	49,4 %
	Casado/a	34,7 %
	Divorciado/a	9,7 %
	Soltero/a	6,3 %
<b>Domicilio de la persona mayor</b>	Propio	70,4 %
	Familiar	10,7 %
	Alquiler	9,5 %
	Alquiler familia	5,3 %
	Otros	4,1 %
<b>Persona con la que convive</b>	Solo	32,8 %
	Pareja	27,7 %
	Hijos	24,9 %
	Familiares	11,3 %
	Cuidador	1,7 %
	Otros	1,7 %

**Género:** Femenino en un 74,7% de los casos

**Edad:** Edad media de 78,9 años. No se han encontrado diferencias significativas de edad entre género.

**Nivel de formación:** Lo más destacable es que las personas de la muestra estudiada cuentan con estudios primarios un 14,1% y no saben leer ni escribir un 5,1%, también que un 4,0% manifiestan tener una formación de estudios superiores.

**Estado civil:** El 49% son viudos, el 34,3% casados y el 9'6 solteros.

**Convivencia:** Viven con la familia un 63,9%, con un cuidador no familiar un 1,7% y solos un 32,8%.

**Residencia:** El 95,9% tiene residencia fija en el domicilio. No son lo que se suele denominar como "abuelos golondrina", es decir que no viven en situación rotatoria.

**Tabla nº 27. Aspectos económicos y de prestaciones sociales**

Variable	Categoría	Total (%) (n: 178)
Pensión	Sí	92,7
	No	7,3
Tipo	Jubilación	40,5
	Viudedad	38,0
	PNC	13,9
	Invalidez	3,2
	SOVI	3,2
	LISMI	1,3
Ingresos anuales	Menos de 3000 €	10,4
	De 3000 a 6000€	50,3
	De 6000 a 9000€	26,4
	De 9000 a 12000€	9,8
	De 12000 a 18000€	3,1
Prestación social	Sí	32,7
	No	67,3
Tipo	Trabajador/a familiar	18,8
	Ayuda a domicilio	4,2
	Comida a domicilio	3,5
	Alarma telefónica	3,5
	Centro de día	0,7
	Programa Vivir en Familia	1,4
	Otros	0,7

**Ingresos económicos:**

- El 92,7% de las personas estudiadas cobran algún tipo de pensión, contributiva o no. Con un 40,5% destaca la pensión por jubilación, seguida de un 38,0% de pensión por viudedad.
- Los ingresos anuales de los casos estudiados son iguales o inferiores a 6.000 € en un 60,7%.

**Prestaciones Sociales:**

- El 32,7% sí recibe alguna prestación social.
- El disponer de un trabajador familiar es el tipo de prestación más destacable con un 18,8%.

**Tabla nº 28. La vulnerabilidad**

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA	TOTAL
Vulnerabilidad Física	SI	148	83,1
	NO	30	16,9
Vulnerabilidad Emocional	SI	136	76,4
	NO	42	23,6
Vulnerabilidad Psíquica	SI	112	62,9
	NO	66	37,1

**De los casos estudiados hemos podido extraer los datos siguientes:**

- La vulnerabilidad física se detecta en un 83,1%
- La vulnerabilidad emocional el 76,4%
- La vulnerabilidad psicológica o mental en un 62,9%.

**Medicación:** El 82,8% de los casos tomaban igual o más de 4 medicamentos.

**Tabla nº 29. Medicación**

Medicación	Frecuencia	Porcentaje
Igual o más de cuatro	96	82,8
Menos de cuatro	20	17,2
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

**Utilización de recursos y servicios:**

- Según datos obtenidos y reflejados en la tabla nº 34 destacamos que más de un 83% de los casos estudiados han recibido la visita tanto de los servicios médicos como de los trabajadores sociales. Recordemos que el circuito de detección llevado a cabo para la obtención de la muestra ha sido mediante las historias clínicas y sociales de los profesionales de ambos servicios.
- Los centros de día han sido utilizados por un 2,8% de la población de estudio.
- Los centros de respiro cuentan con un 1,1% de utilización.
- Ingresos en hospital durante el año 2002 afecta a un 38,2% de los casos.



- Ingresos en centros sociosanitarios durante el año 2002 lo han efectuado un 11,2%.
- Otros servicios un 16,3%. En 12 casos se ha solicitado el servicio municipal de ayuda a domicilio (trabajador familiar), pero se está a la espera de que sea concedido.

**Tabla nº 30. Utilización de recursos y servicios**

<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Visita medica</b>	Sí	148	83,1
	No	12	6,7
<b>Visita Trabajador/a Social</b>	Sí	149	83,7
	No	22	12,4
<b>Ingreso Hospital</b>	Si	68	38,2
	No	56	31,5
<b>Ingreso centro sociosanitario</b>	Si	20	11,2
	No	101	56,7
<b>Utilización de centro de día</b>	Si	5	2,8
	No	129	72,5
<b>Utilización centro de respiro</b>	Si	2	1,1
	No	132	74,2
<b>Otros tipos de servicios</b>	Sí	29	16,3
	No	84	47,2

En la tabla nº 35 se puede observar la utilización de los recursos disponibles en el territorio al cual pertenecen las personas participantes en el estudio. En *cursiva* se resaltan los recursos utilizados y en **negro** los que no se han aplicado.

<b>Tabla nº 31. Lista de recursos.</b>	
Los recursos descritos en <i>cursiva</i> son los utilizados por los casos estudiados	
<b>NIVEL</b>	<b>RECURSOS EXISTENTES</b>
<b>Primer Nivel</b>	<p><b>Servicios de atención domiciliaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Atención personal (trabajador familiar)</i></li> <li>- <i>Información, asesoramiento, orientación y derivación</i></li> <li>- <i>Diagnóstico, tratamiento y evaluación (Trabajador Social)</i></li> <li>- <i>Limpieza del domicilio. Servicio de Lavandería</i></li> <li>- <i>Comida a domicilio</i></li> <li>- <i>Servicio de Telealarma y Teleasistencia</i></li> <li>• Biblioteca y videoteca</li> <li>• Podología</li> <li>• Peluquería</li> <li>• Ayudas técnicas</li> </ul> <p><b>Prestaciones económicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudas económicas a personas por cuidar a una persona con dependencia.</li> <li>• Adaptación, mejora y supresión de barreras arquitectónicas.</li> <li>- <i>Arreglos en la vivienda</i></li> <li>• Alquileres subvencionados.</li> <li>• Desgravaciones en material ortopédico.</li> </ul> <p><b>Programas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Voluntariado social y Asociacionismo</i></li> <li>• Acogida familiar para personas mayores</li> <li>• Acogida de personas mayores a jóvenes y estudiantes (<i>Viure i conviure</i>)</li> <li>• Casals, centros cívicos y clubes</li> <li>• Grupos de ayuda mutua</li> <li>• Vacaciones sociales y termalismo</li> </ul> <p><b>Servicios residenciales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Alojamiento residencial de estancia limitada (urgencias, transeúntes...)</i></li> </ul>
<b>Segundo Nivel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Centros de día</i></li> <li>- <i>Residencias permanentes</i></li> <li>- <i>Residencias temporales: vacaciones, respiro familiar.</i></li> <li>• Servicios residenciales</li> <li>• Viviendas tuteladas</li> <li>• Viviendas compartidas</li> <li>• Pisos protegidos</li> </ul>
<b>Atención Socio sanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>PADES</i></li> <li>• Unidades de larga estancia</li> <li>• Unidades de convalecencia</li> <li>- <i>Hospital de agudos</i></li> <li>• Unidades de curas paliativas</li> <li>• Hospital de día</li> <li>• UFISS</li> <li>• Unidad de diagnóstico y evaluación de los trastornos cognitivos</li> <li>• Hospital de día psicogeriátrico</li> <li>• Unidades psicogeriátricas</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

De una forma gráfica y sintetizada se puede valorar la concentración en unas pocas tipologías de servicios, de todas aquellas intervenciones efectuadas por los profesionales colaboradores en nuestro estudio para reducir, mejorar y solucionar la situación de maltrato que padecen las personas mayores de la investigación. La oferta es más amplia, no obstante su aplicación es escasa o prácticamente nula.

### La Intervención jurídica

- Con incapacitación jurídica obtenemos un 1,7% y en proceso de obtenerla un 3,4%.

*Tabla nº 32. Incapacitación jurídica*

<i>Incapacitación jurídica</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	166	93,3
En proceso	6	3,4
Sí	3	1,7
Perdidos	3	1,7
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

- Con denuncia presentada o proceso judicial en curso un 5,6% de la muestra.

*Tabla nº 33. Proceso judicial o denuncia*

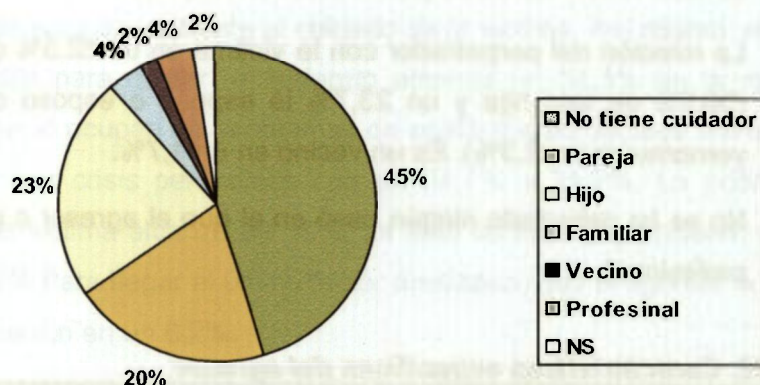
<i>Proceso judicial o denuncia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No	155	87,1
Sí	10	5,6
Perdidos	13	7,3
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

## Características de las personas cuidadoras

*Tabla nº 34. Características de las personas que cuidan*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (n: 178)
Cuidador principal	Sí	97	54,5
	No	81	45,5
Edad	De 18 a 35	6	6,3
	36 a 50	27	28,1
	50 a 65	18	18,8
	De 66 a 75	26	27,1
	Más de 76 años	19	19,8
Sexo del cuidador	Mujer	56	58,3
	Hombre	40	41,7
Relación de la víctima con el cuidador	Hijo/a	43	45,3
	Mujer/Marido	39	41,1
	Profesional	11	11,6
	Vecino/a	2	2,1
Trabaja fuera de casa	No	76	80,0
	Si	19	20,0

- En un 54,5% de los casos existe un cuidador definido.
- Dos son los grupos de edad más destacados. Por un lado, la franja de los 36 a 50 años con un 28,1% y muy próximo el grupo de edad de entre los 66 a 75 años con un 27,1%. Así mismo, cabe destacar el 19,8% correspondiente a personas de más de 76 años.
- Los cuidadores son mujeres en un 58,3%.
- Lo más frecuente es la relación entre los hijos con un 45,3% y la pareja con un 41,1%.
- Los cuidadores que trabajan fuera de casa alcanzan un 20,0%.

**Gráfico nº 8. Relación del cuidador con la víctima****Características de las personas que cometen maltrato****Tabla nº 35. Características del agresor**

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Posible agresor	Cuidador	86	48,6
	Familiar	73	41,2
	La propia persona mayor	18	10,2
Edad agresor	De 18 a 35	10	5,6
	De 36 a 50	50	28,2
	De 50 a 65	42	23,7
	De 66 a 75	33	18,6
	Más de 76 años	42	23,7
Sexo agresor	Hombre	93	52,5
	Mujer	84	47,5
Relación con la víctima	Mujer/Esposo	42	23,7
	Hijo/a	100	56,5
	Nuera/Yerno	4	2,3
	Vecino/a	3	1,7
	Otros	10	5,6
	Si mismo	18	10,2

- El perpetrador o agresor es el cuidador en un 48,6% de los casos y es un familiar no cuidador en un 41,2%.

- La edad estimada de los perpetradores se sitúa entre los 36 a 50 años en un 28,2% de los casos. En los casos en que el agresor es también el cuidador la edad supera los 76 años en un 23,7%.
- El 52,5 % son hombres y el 47,5% son mujeres
- La relación del perpetrador con la víctima en un 82,5% queda en la familia (56,5% es una hija y un 23,7% la esposa o esposo o bien otros como yerno/nuera un 2,3%). Es un vecino en un 1,7%.
- No se ha detectado ningún caso en el que el agresor o perpetrador sea un profesional.

**Tabla nº 36. Características específicas del agresor**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Trastornos mentales, emocionales y/o psiquiátricos</b>	No	98	55,1
	Si	80	44,9
<b>Drogadicciones</b>	No	156	87,6
	Si	22	12,4
<b>Poca preparación para cuidar a un enfermo</b>	No	117	65,7
	Si	61	34,3
<b>Pocos recursos personales</b>	No	112	62,9
	Si	66	37,1
<b>Economicamente dependiente de la víctima</b>	No	157	88,2
	Si	21	11,8
<b>Cuidador de más de 9 años</b>	No	156	87,6
	Si	22	12,4
<b>Crisis personales</b>	No	135	75,8
	Si	43	24,2
<b>Cuidador agotado</b>	No	155	87,1
	Si	23	12,9
<b>Cuidador que hace tarea a disgusto</b>	No	158	88,8
	Si	20	11,2
<b>Problemas de conflictos personales entre agresor y víctima</b>	No	134	75,3
	Si	44	24,7
<b>Pobre relación interpersonal con la víctima</b>	No	146	82,0
	Si	32	18,0
<b>Falta de recursos sociales de soporte al cuidador</b>	No	151	84,8
	Si	27	15,2
<b>El agresor culpabiliza a la víctima de la situación</b>	No	167	93,8
	Si	11	6,2

Como características específicas de las personas que ocasionan los malos tratos destaca en primer lugar con un 44,9% el hecho de padecer trastornos mentales, emocionales o/y psiquiátricos. Sigue en segundo lugar con un 37,1% el no tener recursos personales para hacer frente al cuidado de la víctima. Así mismo, el hecho de no tener preparación para cuidar un enfermo alcanza un 34,3% de la muestra. El cuarto y quinto lugar lo ocupan los problemas de conflictos personales entre agresor y víctima y el pasar por crisis personales con un 24,7% y 24,2%. La pobre relación interpersonal con la víctima alcanza un 18%. La falta de recursos sociales de soporte al cuidador un 15,2%. Para llegar al último factor analizado, que el agresor culpabiliza a la víctima de la situación en un 6,2%.

#### **9.6.2.1.- Resultados de $\chi^2$ Chi-Cuadrado**

En este apartado se muestran las tablas que se han efectuado con la finalidad de conocer si existen o no diferencias significativas entre los diversos factores de riesgo relacionados con la víctima y con el posible agresor.

## Factores de riesgo relacionados con la persona mayor

### 1. Edad

*Tabla nº 37. Diferencias según la edad de la persona mayor respecto al tipo de maltrato*

Tipo de maltrato		N	Media edad	Desv. Típ.	Prueba t
<b>Maltrato físico</b>	Sí	30	78,73	8,090	t (176)=-0,173
	No	148	78,97	6,649	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	77	78,22	6,924	t (176)= -1,205
	No	101	79,48	6,845	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	31	78,00	7,759	t (176)=-0,829
	No	147	79,13	6,702	
<b>Negligencia</b>	Sí	98	79,80	6,514	t (176)= 1,864
	No	80	77,88	7,221	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	110	78,88	6,660	t (176)= -0,125
	No	68	79,01	7,290	
<b>Abandono</b>	Sí	11	83,55	7,853	<b>t (176)= 2,321*</b>
	No	167	78,63	6,736	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	146	78,68	6,986	t (176)= -1,025
	No	32	80,06	6,400	

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0.001$

Con la variable edad se ha aplicado la t de Student.

Los datos obtenidos nos revelan que existe una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre la edad y el tipo de maltrato por abandono. El resto de tipologías no presenta ninguna significación.



## 2. Género

Tabla nº 38.. Género

		Género	
		Hombre	Mujer
<b>Maltrato físico</b>	Sí	5 / 7,6	25 / 22,4
	No	40 / 37,4	108 / 110,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 1,417$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	18 / 19,5	59 / 57,5
	No	27 / 25,5	74 / 75,5
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,261$	
<b>Maltrato económico</b>	Si	4 / 7,8	27 / 23,2
	No	41 / 37,2	106 / 109,8
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 3,045$	
<b>Negligencia</b>	Sí	24 / 24,8	74 / 73,2
	No	21 / 20,2	59 / 59,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,072$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	30 / 27,8	80 / 82,2
	No	15 / 17,2	53 / 50,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,605$	
<b>Abandono</b>	Sí	3 / 2,8	8 / 8,2
	No	42 / 42,2	125 / 124,8
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,000$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	35 / 36,9	111 / 109,1
	No	10 / 8,1	22 / 23,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,736$	

Diferencias entre hombre y mujer respecto al tipo de maltrato. En cada casilla de las frecuencias aparece la frecuencia observada y la esperada (fo/fe).

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

De los resultados obtenidos se desprende que no se aprecia ninguna diferencia significativa entre el género y los diversos tipos de malos tratos.

Tabla nº 39. Diferencias entre tipo de convivencia respecto al tipo de maltrato

		Convivencia			
		Solo	Pareja	Hijos	Otros familiares
Maltrato físico	Sí	4 / 9,5	5 / 8,0	14 / 7,2	6 / 4,3
	No	54 / 48,5	44 / 41,0	30 / 36,8	20 / 21,7
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3) = 13,339^{**}$			
Maltrato psicológico	Sí	19 / 24,9	19 / 21,0	24 / 18,9	14 / 11,2
	No	39 / 33,1	30 / 28,0	20 / 25,1	12 / 14,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(3) = 6,482$			
Maltrato económico	Si	9 / 10,2	2 / 8,6	15 / 7,7	5 / 4,6
	No	49 / 47,8	47 / 40,4	29 / 36,3	21 / 21,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3) = 15,541^{***}$			
Negligencia	Sí	25 / 31,8	28 / 26,9	29 / 24,1	15 / 14,2
	No	33 / 26,2	21 / 22,1	15 / 19,9	11 / 11,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(3) = 5,592$			
Autonegligencia	Sí	42 / 35,7	31 / 30,2	21 / 27,1	15 / 16,0
	No	16 / 22,3	18 / 18,8	23 / 16,9	11 / 10,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(3) = 5,592$			
Abandono	Sí	1 / 3,6	4 / 3,0	2 / 2,7	4 / 1,6
	No	57 / 54,4	45 / 46,0	42 / 41,3	22 / 24,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3) = 6,015$			
Vulneración de derechos	Sí	51 / 47,5	37 / 40,1	36 / 36,0	21 / 21,3
	No	7 / 10,5	12 / 8,9	8 / 8,0	5 / 4,7
	Valor chi-cuadrado	$X^2(3) = 2,841$			

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado.

Se observa que el tipo de maltrato económico está altamente relacionado ( $p < 0,001$ ) con la convivencia, así como su relación con el maltrato físico ( $p < 0,01$ ).

Tabla nº 40. Diferencias entre el estado civil de la persona mayor respecto al tipo de maltrato

		Estado civil			
		Soltero/a	Casado/a	Separado/a	Viudo/a
<b>Maltrato físico</b>	Sí	2 / 2,9	8 / 10,4	2 / 1,9	18 / 14,8
	No	15 / 14,1	53 / 50,6	9 / 9,1	69 / 72,2
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3)=1,867$			
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	6 / 7,3	27 / 26,3	8 / 4,8	35 / 37,6
	No	11 / 9,7	34 / 34,7	3 / 6,3	52 / 49,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3)=4,716$			
<b>Maltrato económico</b>	Sí	2 / 3,0	4 / 10,7	2 / 1,9	23 / 15,3
	No	15 / 14,0	57 / 50,3	9 / 9,1	64 / 71,7
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3)=11,077^*$			
<b>Negligencia</b>	Sí	8 / 9,4	34 / 33,6	5 / 6,1	50 / 47,9
	No	9 / 7,6	27 / 27,4	6 / 4,9	37 / 39,1
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3)=1,061$			
<b>Autonegligencia</b>	Sí	13 / 10,4	36 / 37,4	4 / 6,8	55 / 53,4
	No	4 / 6,6	25 / 23,6	7 / 4,3	32 / 33,6
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3)=4,822$			
<b>Abandono</b>	Sí	2 / 1,0	4 / 3,5	0 / 0,6	4 / 4,9
	No	15 / 16,0	57 / 57,5	11 / 10,4	83 / 82,1
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3)=2,485$			
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	13 / 13,9	47 / 49,9	10 / 9,0	74 / 71,2
	No	4 / 3,1	14 / 11,1	1 / 2,0	13 / 15,8
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(3)=2,548$			

. En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Una vez los datos analizados comprobamos que parece existir una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) entre el tipo de maltrato económico y el estado civil

Tabla nº 41. Diferencias entre los ingresos de la persona mayor respecto al tipo de maltrato

		Ingresos de la persona mayor		
		Menos de 3000 euros	3000 – 9000 euros	Más de 9000 euros
<b>Maltrato físico</b>	Sí	3 / 2,9	21 / 21,5	4 / 3,6
	No	14 / 14,1	104 / 103,5	17 / 17,4
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(2)=0,065$		
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	9 / 7,4	51 / 54,4	11 / 9,1
	No	8 / 9,6	74 / 70,6	10 / 11,9
	Valor chi- cuadrado	$X^2(2)=1,660$		
<b>Maltrato económico</b>	Sí	5 / 2,9	19 / 21,5	4 / 3,6
	No	12 / 14,1	106 / 103,5	17 / 17,4
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(2)=1,947$		
<b>Negligencia</b>	Sí	11 / 9,4	69 / 69,0	10 / 11,6
	No	6 / 7,6	56 / 56,0	11 / 9,4
	Valor chi- cuadrado	$X^2(2)=1,109$		
<b>Autonegligencia</b>	Sí	11 / 10,6	77 / 78,2	14 / 13,1
	No	6 / 6,4	48 / 46,8	7 / 7,9
	Valor chi- cuadrado	$X^2(2)=0,234$		
<b>Abandono</b>	Sí	2 / 0,9	6 / 6,9	1 / 1,2
	No	15 / 16,1	119 / 118,1	20 / 19,8
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(2)=1,129$		
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	14 / 14,1	106 / 103,5	15 / 17,4
	No	3 / 2,9	19 / 21,5	6 / 3,6
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(2)=2,023$		

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

De los datos se desprende que no existe ninguna diferencia significativa entre los ingresos económicos de las víctimas y los distintos tipos de malos tratos.

**Tabla nº 42. Diferencias entre el número de fármacos ingeridos por la persona mayor respecto al tipo de maltrato**

		Número de fármacos	
		Menos de 4 fármacos	Más de 4 fármacos
<b>Maltrato físico</b>	Sí	20 / 19,9	4 / 4,1
	No	76 / 76,1	16 / 15,9
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	X <sup>2</sup> (1)=0,000	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	39 / 41,4	11 / 8,6
	No	57 / 54,6	9 / 11,4
	Valor chi-cuadrado	X <sup>2</sup> (1)=1,395	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	21 / 19,9	3 / 4,1
	No	75 / 76,1	17 / 15,9
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	X <sup>2</sup> (1)=0,150	
<b>Negligencia</b>	Sí	59 / 60,4	14 / 12,6
	No	37 / 35,6	6 / 7,4
	Valor chi-cuadrado	X <sup>2</sup> (1)=0,518	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	55 / 53,0	9 / 11,0
	No	41 / 43,0	11 / 9,0
	Valor chi-cuadrado	X <sup>2</sup> (1)=1,011	
<b>Abandono</b>	Sí	7 / 7,4	2 / 1,6
	No	89 / 88,6	18 / 18,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	X <sup>2</sup> (1)=0,000	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	79 / 79,4	17 / 16,6
	No	17 / 16,6	3 / 3,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	X <sup>2</sup> (1)=0,000	

. En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\* p< 0.05 \*\* p< 0,01 \*\*\* p< 0.001

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

No observamos ningún tipo de diferencia significativa entre los distintos tipos de malos tratos y la ingesta de número de fármacos por parte de la víctima.

Tabla nº 43. Diferencias entre la vulnerabilidad física de la persona mayor respecto al tipo de maltrato

		Vulnerabilidad física	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	24 / 24,9	6 / 5,1
	No	124 / 123,1	24 / 24,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,255$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	63 / 64,0	14 / 13,0
	No	85 / 84,0	16 / 17,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,171$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	26 / 25,8	5 / 5,2
	No	122 / 122,2	25 / 24,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,014$	
<b>Negligencia</b>	Sí	88 / 81,5	10 / 16,5
	No	60 / 66,5	20 / 13,5
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 6,881^*$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	93 / 91,5	17 / 18,5
	No	55 / 56,5	13 / 11,5
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,402$	
<b>Abandono</b>	Sí	11 / 9,1	0 / 1,9
	No	137 / 138,9	30 / 28,1
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 1,268$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	122 / 121,4	24 / 24,6
	No	26 / 26,6	6 / 5,4
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,100$	

.En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad  
 \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Destacamos la diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) existente entre el tipo de maltrato por negligencia con la vulnerabilidad física.

Tabla nº 44. Diferencias entre la vulnerabilidad psíquica de la persona mayor respecto al tipo de maltrato

		Vulnerabilidad psíquica	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	25 / 18,9	5 / 11,1
	No	87 / 93,1	61 / 54,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 6,444^*$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	56 / 48,4	21 / 28,6
	No	56 / 63,6	45 / 37,4
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 5,593^*$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	24 / 19,5	7 / 11,5
	No	88 / 92,5	59 / 54,5
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 3,382$	
<b>Negligencia</b>	Sí	74 / 61,7	24 / 36,3
	No	38 / 50,3	42 / 29,7
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 14,812^{***}$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	65 / 69,2	45 / 40,8
	No	47 / 42,8	21 / 25,2
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 1,811$	
<b>Abandono</b>	Sí	11 / 6,9	0 / 4,1
	No	101 / 105,1	66 / 61,9
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 5,319^*$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	100 / 91,9	46 / 54,1
	No	12 / 20,1	20 / 11,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 10,807^{***}$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad  
 \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

La vulnerabilidad psíquica establece diferencias significativas en diversos tipos de malos tratos, destaca por ser altamente significativa con la negligencia ( $p < 0,001$ ) y con la vulneración de derechos. Seguidamente, en menor grado ( $p < 0,05$ ) el maltrato físico, el psicológico y el abandono.

No se observa diferencia significativa en el maltrato físico, en el abuso económico y en la autonegligencia.

Tabla nº 45. Diferencias entre la vulnerabilidad emocional de la persona mayor respecto le tipo de maltrato

		Vulnerabilidad emocional	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	14 / 22,9	16 / 7,1
	No	122 / 113,1	26 / 34,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 17,699^{***}$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	52 / 58,8	25 / 18,2
	No	84 / 77,2	17 / 23,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 5,925^*$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	18 / 23,7	13 / 7,3
	No	118 / 112,3	29 / 34,7
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 7,003^{**}$	
<b>Negligencia</b>	Sí	71 / 74,9	27 / 23,1
	No	65 / 61,1	15 / 18,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 1,892$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	84 / 84,0	26 / 26,0
	No	52 / 52,0	16 / 16,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,000$	
<b>Abandono</b>	Sí	7 / 8,4	4 / 2,6
	No	129 / 127,6	38 / 39,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,440$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	109 / 111,6	37 / 34,4
	No	27 / 24,4	5 / 7,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 1,375$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad  
 \*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0.001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

La vulnerabilidad emocional presenta una diferencia significativa ( $p < 0.001$ ) en relación con el maltrato físico, ( $p < 0.01$ ) respecto el económico y ( $p < 0.05$ ) con el psicológico. El resto de tipologías no presenta ninguna diferencia significativa.



## Factores de riesgo relacionados con el posible agresor

Tabla nº 46. Diferencias entre la existencia de trastornos mentales, emocionales y psiquiátricos en el posible agresor respecto al tipo de maltrato

		Trastornos mentales, emocionales y psiquiátricos	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	22 / 13,5	8 / 16,5
	No	58 / 66,5	90 / 81,5
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 11,752^{***}$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	45 / 34,6	32 / 42,4
	No	35 / 45,4	66 / 55,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 9,992^*$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	15 / 13,9	16 / 17,1
	No	65 / 66,1	82 / 80,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,180$	
<b>Negligencia</b>	Sí	49 / 44,0	49 / 54,0
	No	31 / 36,0	49 / 44,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 2,253$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	53 / 49,4	57 / 60,6
	No	27 / 30,6	41 / 37,4
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 1,220$	
<b>Abandono</b>	Sí	2 / 4,9	9 / 6,1
	No	78 / 75,1	89 / 91,9
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 2,339$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	71 / 65,6	75 / 80,4
	No	9 / 14,4	23 / 17,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 4,460^*$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad  
 \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Destacamos la diferencia significativa que se da entre, los trastornos mentales, emocionales y psiquiátricos de la persona que comente el maltrato y los tipos de maltrato físico ( $p < 0,001$ ), maltrato psicológico ( $p < 0,05$ ) y vulneración de derechos ( $p < 0,05$ ). En el resto de tipologías no se observa ninguna diferencia significativa.

**Tabla nº 47. Diferencias entre la existencia de problemas de drogadicciones en el posible agresor respecto al tipo de maltrato**

		Problemas de drogadicción	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	11 / 3,7	19 / 26,3
	No	11 / 18,3	137 / 129,7
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 17,074^{***}$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	16 / 9,5	61 / 67,5
	No	6 / 12,5	95 / 88,5
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 8,881^{**}$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	11 / 3,8	20 / 27,2
	No	11 / 18,2	136 / 128,8
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 16,036^{***}$	
<b>Negligencia</b>	Sí	17 / 12,1	81 / 85,9
	No	5 / 9,9	75 / 70,1
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 5,007^*$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	16 / 13,6	94 / 96,4
	No	6 / 8,4	62 / 59,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 1,270$	
<b>Abandono</b>	Sí	1 / 1,4	10 / 9,6
	No	21 / 20,6	146 / 146,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 0,000$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	19 / 18,0	127 / 128,0
	No	3 / 4,0	29 / 28,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 0,073$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Se observan diferencias altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre la existencia de problemas de drogadicciones en el posible agresor respecto al tipo de maltrato físico y económico. Seguidamente y en menor grado ( $p < 0,01$ ) respecto al maltrato psicológico. Finalmente ( $p < 0,05$ ) hay significación con la negligencia. No se observan en el resto de tipologías.

**Tabla nº 48. Diferencias entre la poca preparación para cuidar a un enfermo del posible agresor respecto al tipo de maltrato.**

		Poca preparación para cuidar a un enfermo	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	12 / 10,3	18 / 19,7
	No	49 / 50,7	99 / 97,3
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 0,526$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	28 / 26,4	49 / 50,6
	No	33 / 34,6	68 / 66,4
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,264$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	13 / 10,6	18 / 20,4
	No	48 / 50,4	99 / 96,6
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 0,979$	
<b>Negligencia</b>	Sí	49 / 33,6	49 / 64,4
	No	12 / 27,4	68 / 52,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 23,953^{***}$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	39 / 37,7	71 / 72,3
	No	22 / 23,3	46 / 44,7
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,179$	
<b>Abandono</b>	Sí	5 / 3,8	6 / 7,2
	No	56 / 57,2	111 / 109,8
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,229$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	51 / 50,0	95 / 96,0
	No	10 / 11,0	22 / 21,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,158$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

La única diferencia significativa ( $p < 0,001$ ) queda reflejada en el tipo de maltrato correspondiente a la negligencia. En el resto no se observan diferencias significativas.

Tabla nº 49. Diferencias entre los pocos recursos personales (del posible agresor) respecto al tipo de maltrato

		Pocos recursos personales (del posible agresor)	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	11 / 11,1	19 / 18,9
	No	55 / 54,9	93 / 93,1
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1)= 0,003$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	27 / 28,6	50 / 48,4
	No	39 / 37,4	62 / 63,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 0,236$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	10 / 11,5	21 / 19,5
	No	56 / 54,5	91 / 92,5
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1)= 0,374$	
<b>Negligencia</b>	Sí	38 / 36,3	60 / 61,7
	No	28 / 29,7	52 / 50,3
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 0,269$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	44 / 40,8	66 / 69,2
	No	22 / 25,2	46 / 42,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 1,053$	
<b>Abandono</b>	Sí	4 / 4,1	7 / 6,9
	No	62 / 61,9	105 / 105,1
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 0,000$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	56 / 54,1	90 / 91,9
	No	10 / 11,9	22 / 20,1
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 0,568$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0.001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Ninguna diferencia significativa aparece entre los pocos recursos personales del posible agresor y las distintas tipologías de malos tratos.

Tabla nº 50. Diferencias entre ser económicamente dependiente de la víctima respecto al tipo de maltrato

		Económicamente dependiente de la víctima	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	10 / 3,5	20 / 26,5
	No	11 / 17,5	137 / 130,5
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 13,688^{***}$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	16 / 9,1	61 / 67,9
	No	5 / 11,9	96 / 89,1
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 10,520^{***}$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	16 / 3,7	15 / 27,3
	No	5 / 17,3	142 / 129,7
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 52,646^{***}$	
<b>Negligencia</b>	Sí	14 / 11,6	84 / 86,4
	No	7 / 9,4	73 / 70,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 1,297$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	6 / 13,0	104 / 97,0
	No	15 / 8,0	53 / 60,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 11,134^{***}$	
<b>Abandono</b>	Sí	0 / 1,3	11 / 9,7
	No	21 / 19,7	146 / 147,3
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,593$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	16 / 17,2	130 / 128,8
	No	5 / 3,8	27 / 28,2
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,192$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

De los resultados del análisis se observan diferencias que son altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre ser económicamente dependiente de la víctima respecto al tipo de maltrato físico, psicológico, económico y autonegligencia. En el resto de tipologías no se presentan diferencias.

**Tabla nº 51. Diferencias entre ser cuidador de más de 9 años de la víctima respecto al tipo de maltrato**

		Cuidador de más de 9 años	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	6 / 3,7	24 / 26,3
	No	16 / 18,3	132 / 129,7
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 1,189$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	12 / 9,5	65 / 67,5
	No	10 / 12,5	91 / 88,5
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 1,303$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	3 / 3,8	28 / 27,2
	No	19 / 18,2	128 / 128,8
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,040$	
<b>Negligencia</b>	Sí	16 / 12,1	82 / 85,9
	No	6 / 9,9	74 / 70,1
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 3,168$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	14 / 13,6	96 / 96,4
	No	8 / 8,4	60 / 59,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,036$	
<b>Abandono</b>	Sí	3 / 1,4	8 / 9,6
	No	19 / 20,6	148 / 146,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 1,163$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	21 / 18,0	125 / 128,0
	No	1 / 4,0	31 / 28,0
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 2,120$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

No se observan diferencias significativas en ningún tipo de maltrato y el periodo de cuidado de más de 9 años.

Tabla nº 52. Diferencias entre que el posible agresor tenga crisis personales respecto al tipo de maltrato

		Crisis personales del posible agresor	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	8 / 7,2	22 / 22,8
	No	35 / 35,8	113 / 112,2
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 0,124$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	20 / 18,6	57 / 58,4
	No	23 / 24,4	78 / 76,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,244$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	7 / 7,5	24 / 23,5
	No	36 / 35,5	111 / 111,5
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 0,051$	
<b>Negligencia</b>	Sí	24 / 23,7	74 / 74,3
	No	19 / 19,3	61 / 60,7
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,013$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	29 / 26,6	81 / 83,4
	No	14 / 16,4	54 / 51,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,765$	
<b>Abandono</b>	Sí	1 / 2,7	10 / 8,3
	No	42 / 40,3	125 / 126,7
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,708$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	39 / 35,3	107 / 110,7
	No	4 / 7,7	28 / 24,3
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 2,894$	

En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

No se observan diferencias significativas en ningún tipo de maltrato y crisis personales del posible agresor.

Tabla nº 53. Diferencias entre que el cuidador esté agotado respecto al tipo de maltrato

		Cuidador agotado	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	7 / 3,9	23 / 26,1
	No	16 / 19,1	132 / 128,9
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 2,453$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	11 / 9,9	66 / 67,1
	No	12 / 13,1	89 / 87,9
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,225$	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	3 / 4,0	28 / 27,0
	No	20 / 19,0	127 / 128,0
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,089$	
<b>Negligencia</b>	Sí	22 / 12,7	76 / 85,3
	No	1 / 10,3	79 / 69,7
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 17,592^{***}$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	14 / 14,2	96 / 95,8
	No	9 / 8,8	59 / 59,2
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 0,010$	
<b>Abandono</b>	Sí	2 / 1,4	9 / 9,6
	No	21 / 21,6	146 / 145,4
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,005$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	23 / 18,9	123 / 127,1
	No	0 / 4,1	32 / 27,9
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 4,474^*$	

. En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

La negligencia ( $p < 0,001$ ) y la vulneración de derechos ( $p < 0,05$ ) son las dos tipologías en las que se puede observar que existe una diferencia significativa en relación a la situación de cuidador agotado. No se observan en el resto de tipologías.



**Tabla nº 54. Diferencias entre que el cuidador hace la tarea a disgusto respecto al tipo de maltrato**

		Cuidador que hace tarea a disgusto	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	4 / 3,4	26 / 26,6
	No	16 / 16,6	132 / 131,4
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 0,007$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	13 / 8,7	64 / 68,3
	No	7 / 11,3	94 / 89,7
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 4,339^*$	
<b>Maltrato económico</b>	Si	8 / 3,5	23 / 27,5
	No	12 / 16,5	135 / 130,5
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1)= 6,319^*$	
<b>Negligencia</b>	Sí	18 / 11,0	80 / 87,0
	No	2 / 9,0	78 / 71,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 11,119^{***}$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	11 / 12,4	99 / 97,6
	No	9 / 7,6	59 / 60,4
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 0,441$	
<b>Abandono</b>	Sí	2 / 1,2	9 / 9,8
	No	18 / 18,8	149 / 148,2
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 0,068$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	19 / 16,4	127 / 129,6
	No	1 / 3,6	31 / 28,4
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 1,677$	

. En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Se han hallado diferencias significativas entre el cuidador que hace la tarea de cuidar a disgusto y el tipo de maltrato por negligencia ( $p < 0,001$ ) seguido del maltrato psicológico y el económico ( $p < 0,05$ ). En el resto de tipologías no se observa ninguna diferencia significativa.

Tabla nº 55. Diferencias entre la existencia de problemas de conflictos personales entre agresor y víctima respecto al tipo de maltrato

		Problemas de conflictos personales entre agresor y víctima	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	13 / 7,4	17 / 22,6
	No	31 / 36,6	117 / 111,4
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 6,718^{**}$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	30 / 19,0	47 / 58,0
	No	14 / 25,0	87 / 76,0
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 14,791^{***}$	
<b>Maltrato económico</b>	Si	13 / 7,7	18 / 23,3
	No	31 / 36,3	116 / 110,7
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 5,979^*$	
<b>Negligencia</b>	Sí	31 / 24,2	67 / 73,8
	No	13 / 19,8	67 / 60,2
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 5,601^*$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	19 / 27,2	91 / 82,8
	No	25 / 16,8	43 / 51,2
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1) = 8,580^{**}$	
<b>Abandono</b>	Sí	2 / 2,7	9 / 8,3
	No	42 / 41,3	125 / 125,7
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1) = 0,025$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	39 / 36,1	107 / 109,9
	No	5 / 7,9	27 / 24,1
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1) = 1,734$	

. En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Existe diferencia altamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre la existencia de problemas de conflictos personales entre agresor y víctima respecto al tipo de maltrato psicológico, También se puede observar diferencia ( $p < 0,01$ ) respecto el maltrato físico y la autonegligencia. Finalmente aparece significación ( $p < 0,05$ ) respecto el maltrato económico y la negligencia. En los dos tipos de maltrato restantes no se observan diferencias

**Tabla nº 56. Diferencias entre la existencia de una pobre relación agresor-victima a respecto al tipo de maltrato**

		Pobre relación interpersonal con la víctima	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	5 / 5,4	25 / 24,6
	No	27 / 26,6	121 / 121,4
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1)= 0,042$	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	21 / 13,8	56 / 63,2
	No	11 / 18,2	90 / 82,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 7,951^{**}$	
<b>Maltrato económico</b>	Si	9 / 5,6	22 / 25,4
	No	23 / 26,4	124 / 120,6
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1)= 3,111$	
<b>Negligencia</b>	Sí	26 / 17,6	72 / 80,4
	No	6 / 14,4	74 / 65,6
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 10,818^{***}$	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	14 / 19,8	96 / 90,2
	No	18 / 12,2	50 / 55,8
	Valor chi-cuadrado	$X^2(1)= 4,491^*$	
<b>Abandono</b>	Sí	2 / 2,0	9 / 9,0
	No	30 / 30,0	137 / 137,0
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	$X^2(1)= 0,000$	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	29 / 26,2	117 / 119,8
	No	3 / 5,8	29 / 26,2
	Valor chi- cuadrado	$X^2(1)= 1,958$	

. En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0.001$

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

Se observan diferencias entre la existencia de una pobre relación agresor-victima respecto al tipo de maltrato de negligencia ( $p < 0.001$ ), Así mismo con el maltrato psicológico ( $p < 0.01$ ) y con la autonegligencia ( $0 < 0.05$ ).

Tabla nº 57. Diferencias entre la falta de recursos sociales de soporte para el cuidador respecto al tipo de maltrato

		Falta de recursos sociales de soporte para el cuidador	
		Sí	No
<b>Maltrato físico</b>	Sí	2 / 4,6	28 / 25,4
	No	25 / 22,4	123 / 125,6
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	X <sup>2</sup> (1)= 1,310	
<b>Maltrato psicológico</b>	Sí	9 / 11,7	68 / 65,3
	No	18 / 15,3	83 / 85,7
	Valor chi-cuadrado	X <sup>2</sup> (1)= 1,277	
<b>Maltrato económico</b>	Sí	1 / 4,7	30 / 26,3
	No	26 / 22,3	121 / 124,7
	Valor chi- cuadrado	X <sup>2</sup> (1)= 3,113	
<b>Negligencia</b>	Sí	16 / 14,9	82 / 83,1
	No	11 / 12,1	69 / 67,9
	Valor chi-cuadrado	X <sup>2</sup> (1)= 0,227	
<b>Autonegligencia</b>	Sí	21 / 16,7	89 / 93,3
	No	6 / 10,3	62 / 57,7
	Valor chi-cuadrado	X <sup>2</sup> (1)= 3,443	
<b>Abandono</b>	Sí	3 / 1,7	8 / 9,3
	No	24 / 25,3	143 / 141,7
	Valor chi-cuadrado <sup>a</sup>	X <sup>2</sup> (1)= 0,521	
<b>Vulneración de derechos</b>	Sí	24 / 22,1	122 / 123,9
	No	3 / 4,9	29 / 27,1
	Valor chi- cuadrado <sup>a</sup>	X <sup>2</sup> (1)= 0,543	

. En la casilla de Chi Cuadrado se incluye el valor del estadístico, sus grados de libertad

\* p< 0.05 \*\* p< 0,01 \*\*\* p< 0.001

<sup>a</sup> Corrección de la chi-cuadrado al no cumplir la condición de aplicación de la chi-cuadrado

No se observa ninguna diferencia significativa en las diversas tipologías de maltrato.

### 9.6.2.2.- Resultados de contenido

De los 178 casos registrados para la investigación, hemos considerado adecuados para el análisis de contenido aquellos en que se había dado respuesta a las cinco preguntas abiertas del cuestionario (ítems 44, 45, 46, 47 y 48), con un total de 82 y los casos en que se había respondido a cuatro de las cinco preguntas, con un total de 17, resultando finalmente 99 casos analizados.

De cada una de las cinco preguntas se ha elaborado un diseño propio de categorías. Los resultados obtenidos del análisis de contenido de cada una de las preguntas vamos a exponerlos a continuación de la siguiente forma:

- En primer lugar definiremos las categorías en las que hemos agrupado las diferentes unidades de análisis extraídas de las respuestas obtenidas por los profesionales que han aportado el caso o los casos concretos.
- Acompañamos relatos ilustrativos de cada categoría establecida
- Resultados numéricos en forma de frecuencias.
- Índice de kappa de Cohen de los distintos sistemas de categorías que se ha calculado.

#### 9.6.2.2.1- Descripción de los malos tratos detectados (pregunta nº 44)

Con esta pregunta tratábamos de que los profesionales que habían detectado e intervenido en los casos de malos tratos, relataran lo más ampliamente posible, la descripción de los mismos.

En el supuesto de conocerse, se incluiría el lugar, la frecuencia, la duración, quien era la persona que ocasionaba el maltrato y la relación que mantenía con la víctima. Así mismo, se solicitaba que se explicaran las circunstancias en las que se producía el maltrato.

Al resultar una categoría muy amplia se optó por recategorizarla en unidades más operativas, es decir categorías de segundo orden o “supraordenadas”

Los profesionales respondieron ampliamente a la cuestión, catalogando coherentemente la topología o descripción del maltrato y proporcionando otras informaciones que se consideraban importantes a la hora de definir la situación.

**1.- Se entiende por malos tratos** toda aquella acción u omisión dirigida a una persona mayor en el medio familiar a consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de una persona.

**1.1.- Maltrato físico:** Es la utilización de la fuerza física que puede ocasionar heridas corporales, dolor físico y un deterioro en la salud. Se considera entre otras el uso inadecuado de fármacos, la alimentación forzada, los confinamientos y restricciones mediante medidas no adecuadas. El castigo físico de cualquier tipo. La privación de alimentos sólidos y líquidos.

*“La usuaria vive en casa con su hijo y este la maltrata con desconfianza, gritos y **golpes frecuentemente**” (127)*

*“La señora vivía con un enfermo esquizofrénico que la **agredía físicamente**” (137)*

*“Deja sola a la abuela y la **ata a una silla** para que no se caiga. Algunas noches también”.(1)*

*“**Sobredosis de medicamentos**” (91)*

**1.2.- Maltrato psicológico:** Consiste en ocasionar dolor, angustia, pánico o terror mediante actos verbales o no verbales, como amenazas, humillación, insultos, instigación e intimidación. Se puede detectar por un estado de agitación en el plano emocional, por una actitud más distante de lo habitual, o la propia declaración de la persona objeto del mismo.

*“Los malos tratos se conocen desde 1998 pero en enero de 2002, habiéndose separado la pareja **continúa dándose el maltrato físico y psicológico (le pega y le amenaza)**” (8)*

*“Los servicios sociales consiguen entrar en la casa con mentiras **por el miedo** que tiene la usuaria a posibles **represalias**” (127)*

*“Se comportan con **agresiones verbales, gritos e ignorándose**” (132)*

**1.3.- Negligencia y abandono:** Se entiende por negligencia el rechazo o la omisión de proporcionar a la persona anciana las necesidades de la vida, como el agua, los alimentos, el vestir, la vivienda, la higiene personal, la medicación, la seguridad personal y los otros bienes esenciales. Se considera abandono cuando una persona que está encargada de prestar cuidados y atención a una persona mayor o de asegurar su atención física la abandona.

*“En la casa falta de todo, comida (no hay ni para desayunar), ni ropa interior, ni zapatillas, ni una luz cerca de la cama...”(152)*

*“Hace dos días que no come y tenía la medicación descontrolada” (3)*

*“Vive con un hijo alcohólico y sus otros hijos se desentienden de ella” (122)*

*“Por parte de los hijos hay una negligencia total, no atienden las necesidades físicas ni las emocionales” (129)*

*“Ella se siente abandonada por el hijo y así lo ha explicitado” (118)*

**1.4.- Autonegligencia:** Es el comportamiento de una persona mayor que amenaza la propia vida o su salud.

*“El paciente no acepta la ayuda exterior, falta de higiene personal y del domicilio” (165)*

*“Ella misma hace un abandono de su persona y no tiene ningún cuidado de su salud” (42)*

*“No quiere ningún cuidado. Quiere morirse. El médico lo sabe”.(149)*

*“El usuario desde que intervenimos no se ha dejado cuidar, ha pedido incluso el alta hospitalaria voluntaria. Se niega a recibir ayuda” (120)*

**1.5.- Abuso económico y acoso inmobiliario:** Consiste en la utilización abusiva o ilegal de los bienes, muebles e inmuebles propiedad de la persona mayor. Respecto al acoso inmobiliario se trata de provocar molestias a las personas a fin de que abandonen su residencia habitual

*“Chantaje y amenazas de la hija para conseguir dinero de la madre” (105)*

*“El marido prefiere un soporte para comprar las cosas de la casa que haber de pagar una trabajadora familiar” (134)*

*“El nieto abandonaba a la abuela y le hizo firmar la donación de todos los bienes. La abuela es muy mayor y con muchas dificultades de visión. Parece*

*que había un acuerdo familiar para quedarse en casa de la abuela, pero él se fue a los EEUU y dejó a la abuela” (145)*

*“El administrador le hizo la vida imposible para que la persona se fuera. Tramitó denuncia y ganó” (161)*

**1.6.- Vulneración de derechos:** Incluye los derechos elementales que no están contemplados en el resto de tipologías como la autodeterminación.

**“Forzar ingreso en residencia” (79/89/94/98/138)**

**“No disponer de privacidad” (96/103)**

**“No respetar valores” (91/103)**

**“El hijo no la deja salir de casa ni ver a terceras personas” (125)**

**“No poder decidir dónde y cómo se quiere vivir” (52/68/95/103/104/111/112)**

**2.- Contexto familiar:** cada miembro de la familia tiene adjudicados papeles que quedan desdibujados en los casos trabajados. Apenas se cumplen los patrones de los roles normalmente establecidos en nuestra sociedad. Los conflictos de relación entre los miembros de la familia que todavía no están resueltos a lo largo de la historia de vida se ponen de manifiesto, de forma muy especial, cuando aparecen nuevas circunstancias que provocan alguna situación de dependencia.

**2.1.-** Centramos la atención en los **conflictos no resueltos** entre los miembros de la familia.

*“Los hijos no actúan en nada sobre la situación (se observan relaciones conflictivas de fondo). La hija, a causa de los conflictos a lo largo de la vida prefiere en todo momento satisfacer las necesidades de la madre a las del padre” (126)*

*“Hay conflictos no resueltos entre ellos. La hija hacía amenazas de autolisis” (144)*

*“La hija vive muy mal el tener que hacerse cargo de la madre después de tantos años de mala relación” (176)*

**“Conflictos graves entre la abuela y el nieto, también con el hijo cuando vivía” (83)**

**2.2.-** También en la **historia de malos tratos** a lo largo de los tiempos. La violencia es un lenguaje y se utiliza como un mecanismo intrafamiliar, una forma de comunicación,



para dar respuesta a situaciones o conflictos que surgen, así encontramos que se puede convertir en un patrón de conducta y una forma de relación que por habitual se normaliza.

***“La relación entre madre, hijo y nuera ha sido muy mala desde siempre, había maltrato psicológico entre ambos desde hacia tiempo” (178)***

***“La relación madre e hijo está inmersa dentro del ciclo de violencia en el que viven desde hace años” (133)***

***“El marido presenta una alta demencia, ella manifiesta que él siempre la maltrata a todos los niveles. Actualmente lo continúa haciendo” (3)***

**3.- Falta de soporte:** Entendemos que cuando no existe ningún tipo de ayuda, bien sea por parte de la red de proximidad o de los servicios que ofrece la comunidad para afrontar situaciones de dificultad, nos hallamos ante una falta de soporte. Así mismo, podemos distinguir otras categorías más específicas, a un nivel más operativo.

**3.1.- Soporte Formal:** se caracteriza por ser profesionalizado, es decir, capacitado, recibe unos honorarios, hay un horario pactado, entre otros aspectos. **El Soporte Informal:** Suele ser un familiar, amigos o vecinos de la persona cuidada y se caracteriza por no disponer de capacitación específica así como de no recibir remuneración alguna.

***“No puede hacerse cargo ni de ella ni de su marido, ni de la casa, manifiesta sensación de impotencia” (3)***

***“Señora con un 100% de disminución que depende de su marido totalmente. El tiene un 78% de disminución y no puede ofrecerle la atención necesaria” (142)***

***“Relación conflictiva entre madre e hijo (ambos enfermos mentales). Se observa acumulación de suciedad y de higiene personal. El hijo manifiesta no saber cocinar ni poder hacer la higiene de su madre” (102)***

***“La señora vive sola en un estado de abandono en el que a través de la denuncia de los vecinos se ha abierto una línea de intervención” (57)***

**3. 2.- Cuidador Agotado:** Surge una reacción de agotamiento cuándo percibimos una situación que nos resulta amenazante y ante la que consideramos que no poseemos los recursos necesarios para su adecuada superación. Se observa una sensación de

irritabilidad y pérdida de energía física, baja autoestima y de no eficacia. Es una sensación que es más fácil de reconocer en otras personas que en uno mismo.

*“La hija se siente **muy desbordada y con mucha ansiedad**” (125)*

*“El señor hace 10 años que cuida a su esposa. La señora tiene el 83% de grado de disminución, es dependiente. El marido **padece agotamiento como cuidador que le hace provocar pequeñas negligencias ocasionalmente**” (135)*

**4.- Aislamiento Social:** Estado en que se encuentra una persona y que por alguna causa se separa del resto de personas. Este estado puede ser el resultado de un desinterés, de un estado depresivo o de carencia de salud. También puede ser una forma de abuso, cuando el abusador no le permite o le impide esta comunicación con el exterior. Así mismo, puede ser una causa estructural, el hecho de vivir solo y no fomentar la relación social.

**4.1.- Vivir solo:** Hecho objetivo de vivir solo, ser el único miembro de la unidad familiar.

*“Vive sola y no recibe visitas” (118/136/4)*

*“La señora vive sola en un estado de abandono en el que a través de la denuncia de los vecinos se ha abierto una línea de intervención” (57)*

*“La señora vive sola desde hace meses y las hermanas no pueden ayudarla” (64)*

**4.2.- Soledad:** Es una experiencia subjetiva. Se distinguen dos tipos: la emocional, o ausencia de una relación intensa con otra persona que nos produzca satisfacción y seguridad y la social, que supone la no pertenencia a un grupo que ayude al individuo a compartir intereses y preocupaciones.

*“Soledad” (50/71/73/74/76/85/88/104/107/111/113/51/52)*

**4.3.- Sin relaciones sociales:** Es una experiencia objetiva, cuando una persona no mantiene relaciones sociales con otras personas o percibe que sus relaciones no son satisfactorias. Las causas pueden ser muy diversas: problemas de salud, actitudes de rechazo, entre otras.

*“Se refuerzan el aislamiento entre si mismos” (132)*

*“No poder mantener relaciones sociales” (4/68/72/75/84/97/131/136/37/49)*

**5.- Dependencia:** La dependencia se define como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. De una forma más concreta también se define como “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Consejo de Europa, 1998)

**5.1.- Para las AVD:** Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) reciben diversos nombres en función de la escala que se utiliza; Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD); Actividades Esenciales de la Vida Diaria; Actividades Cotidianas; Actividades más necesarias de la Vida; Actividades Adaptativas; Actividades Domésticas; Actividades Funcionales, Corrientes, Estructurales o Instrumentales de la Vida Diaria.

Las AVD se definen como “aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permite vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social” Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España (2004).

***“Incapacidad para las Actividades de la Vida Diaria” (AVD)***

*(37/39/50/51/52/68/74/77/79/89/136/134)*

**5.2.- Para las AVD y cuidado de si mismo:** A la definición de AVD añadimos un grado más de dependencia, aquel que implica la imposibilidad de tener cuidado de si mismo y por lo tanto precisar de una tercera persona para su atención.

***“Incapacidad para tener cuidado de si mismo” (99/101/104/111/113)***

***“Incapacidad para las AVD y para tener cuidado de si mismo”***

*(49/69/70/78/84/87/88/91/94/97/98/106/112/125/177)*

**6.- Trastorno Mental:** Entendido como una manifestación individual de una disfunción comportamental psicológica o biológica. Puede conllevar discapacidad y disfunción social.

**6.1.- Depresión:** El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar y de concebir la realidad.

*“Ella es **depresiva** y vive con un sobrino de su difunto esposo también con depresión” (152)*

*“**Depresión**” (37/39/50/69/71/73/74/85/87/99/107/52/72/75/76/84/88/98/101/106/101/110)*

*“A causa de la muerte del hijo los dos cayeron en una **depresión**” (129)*

**6.2.- Demencia:** Estado de deterioro, generalmente progresivo, de las facultades mentales anteriormente existentes en un individuo.

*“Inicio de **demencia**” (139/131)*

*“La señora a causa de su **demencia**” (125)*

**6.3.- Enfermedad mental:** Aparecen en los relatos menciones a enfermedad mental sin especificar ni detallar características concretas. Así, tomaremos como definición la expresada como trastorno mental.

*“La señora está afectada por una **enfermedad mental**. Ella no tiene consciencia de su enfermedad y por este motivo no realiza el seguimiento médico necesario” (134)*

*“La usuaria vive con la hermana y el hijo pero ninguno de los tres tiene las necesidades cubiertas dado que no son conscientes de su **problemática de salud mental**” (132)*

*“Hijo que en situaciones de crisis mental maltrata física y psíquicamente a su madre” (133)*

## Frecuencias de las categorías

Después de llevar a cabo un recuento de las citas correspondientes a cada una de las categorías establecidas para analizar la pregunta nº 44, presentamos los resultados en la tabla nº 58

Tabla nº 58. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 44

CATEGORIAS	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
1.- Malos Tratos (114)	1.1.- Negligencia	42
	1.2.- Vulneración de derechos	23
	1.3.- Psicológicos	17
	1.4.- Físicos	16
	1.5.- Autonegligencia	9
	1.6.- Económico	7
2.- Contexto Familiar (11)	2.1.- Conflictos no resueltos	6
	2.2.- Historia de malos tratos	5
3.- Falta de soporte (9)	3.1.- Formal e informal	5
	3.2.- Cuidador Agotado	4
4.- Aislamiento Social (31)	4.1.- Vivir solo	5
	4.2.- Soledad	13
	4.3.- Sin relaciones sociales	14
5.- Dependencia(32)	5.1.- Para las AVD y cuidado de si mismo	20
	5.2.- Para las AVD	12
6.- Trastorno mental (33)	6.1.- Depresión	24
	6.2.- Enfermedad mental	6
	6.3.- Demencia	3
<b>TOTAL</b>		<b>230</b>

Los resultados de las dos codificaciones, la original y la independiente sirvieron de base para calcular la fiabilidad mediante el coeficiente de concordancia kappa que fue propuesto originalmente por Cohen (1960), de todo el sistema de categorías obteniéndose el resultado de 0,76 (<p.0.000).

kappa	grado de acuerdo
< 0	sin acuerdo
0 - 0,2	insignificante
0,2 - 0,4	bajo
0,4 - 0,6	moderado
0,6 - 0,8	bueno
0,8 - 1	muy bueno

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

Para los cálculos se utilizó el programa estadístico SPSS 11.0.

Resaltamos que la categoría del maltrato por negligencia domina considerablemente al resto de tipologías, seguido de la vulneración de derechos. También que no hemos incluido en ninguna categoría un solo caso detectado de abuso sexual, por creerlo poco significativo respecto el total de la muestra.

El aislamiento social nos aporta una información relevante respecto a las personas que se encuentran en situación de maltrato sin relaciones sociales y con un gran sentimiento de soledad.

En la categoría de trastorno mental es dominante la situación de depresión muy superior a la de demencia.

Mencionamos que en la pregunta que estamos analizando, se han registrado tres casos en los que se relata la resistencia y la negativa a denunciar los hechos de maltrato, o de comunicarlos a la instancia correspondiente. Al no ser representativa de los 99 casos no hemos adjudicado ninguna categoría al tema de las denuncias.

#### **9.6.2.2.2.- Descripción de posibles antecedentes de violencia familiar**

##### **(Pregunta nº 45)**

Como podemos observar, los relatos dados por los profesionales a esta pregunta ha sido en su gran mayoría, mediante respuestas dicotómicas (si/no) y se observa una ausencia de descripción referente a las circunstancias que rodean los antecedentes de violencia familiar existentes.

**1.- Violencia familiar** son todas aquellas formas de violencia que se dan en el marco del grupo familiar como son, los malos tratos de pareja, los malos tratos a los menores y también a las personas mayores. La violencia en el ámbito familiar se ha convertido en un problema social a causa de su gran incidencia en nuestra población y a la gravedad tanto física como psicológica producida en la víctima. Si entendemos la violencia familiar como un problema social, sólo puede ser abordada a partir de una concepción multidisciplinaria.

**1.1.- No se conocen:** Se pone de manifiesto que no se dispone de información para poder afirmar o negar que existan antecedentes de violencia familiar.  
“(1/4/36/76/84/85/86/87/95/97/98/101/103/104/106/111/112/113/118/136/152/175/54/64/90)”

**1.2.- No:** Se indica que no hay información para afirmar que hay antecedentes de violencia familiar.

“(37/39/49/50/51/52/53/68/69/70/71/72/73/74/75/77/78/79/88/89/94/99/  
107/121/122/129/130/135/142/143/147/156/159/161/165/168/176/139)”

**1.3.- SI.** La violencia es un lenguaje y se utiliza como un mecanismo intrafamiliar, una forma de comunicación para dar respuesta a situaciones o conflictos que surgen, así encontramos que se puede convertir en un patrón de conducta y una forma de relación que por habitual se normaliza.

*“La relación madre e hijo está inmersa dentro del **ciclo de violencia** en el que viven **desde hace años**” (133)*

*“El marido presenta una alta demencia, ella manifiesta que él siempre la **maltrata a todos los niveles. Actualmente lo continúa haciendo**” (3)*

*“Los malos tratos se conocen **desde 1998** pero en enero de 2002, habiéndose separado la pareja **continúa dándose el maltrato físico y psicológico (le pega y le amenaza)**” (8)*

*“Historia **previa de conflictos** y agresividad verbal entre madre e hija con años de evolución” (155)*

*“La hija habla de un mal trato de la madre hacia ella **desde que era pequeña**” (43)*

### **Frecuencias de las categorías**

Tabla nº 59. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 45

<b>Categoría</b>	<b>C. Segundo Orden</b>	<b>Frecuencias</b>
1.Violencia Familiar	1.1.- No	38
	1.2.- No se conocen	25
	1.3.- Si	16

De todas las respuestas dadas a esta pregunta, domina el que no se dan o no se conocen situaciones de antecedentes de violencia familiar, lo que nos sugiere que quizás, un elemento tan importante como es la falta de información sobre la historia de vida de la persona maltratada, nos induce a este resultado.

### 9.6.2.2.3.- Describir si hay circunstancias de pobreza extrema o moderada

#### (Pregunta N° 46)

En esta pregunta los profesionales también han respondido de una forma dicotómica y sin hacer ningún tipo de relato explicativo a las circunstancias que rodean los casos sobre que sí existía pobreza extrema o moderada.

La definición del concepto de pobreza y su medida, consensuada y aceptada por los profesionales fue:

**1.- La pobreza:** Es un fenómeno complejo que se puede interpretar de distintas formas. La medición, presenta una dificultad añadida al no existir un concepto único de pobreza. Nosotros recurrimos a utilizar un umbral de pobreza relativa, en función de los ingresos percibidos. El umbral de la pobreza en Cataluña el año 2000 era de 5.805,8 €/año para una persona sola. Esta cantidad se incrementaría en 2.902,9 €/año por cada adulto adicional en el hogar.

**1.1.- No:** Significa que se ha considerado la no existencia de una situación de pobreza extrema o moderada siguiendo la medida del umbral de pobreza definido anteriormente.

*“(2/3/36/37/39/49/50/51/52/53/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/8485/86/87/88/89/91/94/95/96/97/98/99/103/104/105/106/107/109/110/111/112/1/4/118/120/121/122/125/126/127/129/130/131/132/133/135/136/138/139/142/143/144/145/146/154/159/161/163/165/168/175/176)”*

**1.2.- Si:** En esta categoría contabilizamos todos los casos que se considera están situados en una posición de extrema o moderada pobreza.

*“Perdió su pensión y llega a los servicios sociales diciendo **que no tiene nada** (ni dinero, ni comida, ni nevera...)” (4)*

*“Sabemos que la familia debe los cuatro últimos meses de alquiler y **dice que ahora no tienen dinero** para que un lampista les instale luz en la casa” (91)*

*“**En la casa falta de todo**, comida (no hay ni para desayunar), ni ropa interior, ni zapatillas, ni una luz cerca de la cama...” (152)*



## Frecuencias de las categorías

Tabla nº 60. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 46

<i>Categoría</i>	<i>C. Segundo Orden</i>	<i>Frecuencias</i>
1.Pobreza extrema	1.1.- No	74
	1.2.- Si	13

### 9.6.2.2.4.- Describir las intervenciones realizadas hasta ahora

(Pregunta Nº 47)

Partimos de los principios explicitados en el capítulo ocho, de que todas las personas tienen derecho a tener las necesidades básicas cubiertas, estar protegido contra los malos tratos, ejercer su autodeterminación y a rehusar ayudas o prestaciones. Considerando así mismo, que cada caso debe ser analizado individualmente y que la intervención ha de ser proporcional a la medida del riesgo al cual está expuesta la persona mayor, se solicitó a los profesionales que describieran sus intervenciones realizadas hasta el momento, en referencia a sus casos de maltrato a personas mayores.

De esta forma y con los relatos obtenidos se han elaborado las siguientes categorías de segundo orden.

**1.- Recursos formales:** Se definen como recursos formales aquellos que provienen de la red pública de servicios sociales y también de salud. Se distinguen los servicios de atención primaria y los especializados. La importancia de esta división estriba en que las competencias para los servicios de atención primaria son de los municipios, mientras que para los servicios especializados la competencia es de la administración autonómica (en el caso de Cataluña).

**1.1.- Servicios de Atención domiciliaria:** Es un servicio social de naturaleza asistencial y preventiva, dirigida a aquellas personas que por su edad, discapacidad o falta de autonomía, no pueden desenvolverse de manera independiente en las actividades básicas de la vida diaria y precisan, por ello, de la ayuda de una tercera persona para mejorar su calidad de vida. También podemos incluir en este apartado los servicios de telealarma y teleasistencia y el servicio de comida a domicilio.

Para tener más detallada la información formulamos a su vez otras categorías de segundo orden.

**1.1.1.- Servicio de Atención telefónica:** Es un servicio que a través de la línea telefónica facilita conectarse con un equipo instalado en un centro de atención (Policía, Cruz Roja, entre otros) y permite a las personas con dificultades tras pulsar un mecanismo (pulsera, o colgante), ponerse en contacto con un equipo de profesionales capacitados para dar respuesta a la necesidad presentada.

*“Tramitación y gestión”*

*“(3/53/54/71/73/76/85/86/87/88/98104/105/109/111/120/175/177/176)”*

**1.1.2.- Servicio de Trabajador/a Familiar:** Una persona especializada se desplaza al domicilio del usuario para ayudarle en las actividades de la casa y otras necesidades relacionadas con el trabajo familiar.

*“(74/99/107/135/36/122/129/134/136/137/64/139)”*

**1.1.3. Comida a domicilio:** Mediante el circuito y las condiciones pactadas por el profesional y el usuario se le garantiza la comida condimentada en su domicilio.

*“(3/120/138)”*

**1.2- Residencias:** Son servicios de acogida residencial, con carácter permanente o temporal proporcionan asistencia integral a las actividades de la persona mayor que carece de una autonomía suficiente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, que necesita supervisión constante y que tiene una situación socio familiar que requiere la substitución del domicilio. Los objetivos son:

- Facilitar un entorno substitutivo del hogar adecuado y adaptado a las necesidades de asistencia
- Favorecer la recuperación y el mantenimiento del máximo grado de autonomía personal y social.

*“Tramitación y gestión de un ingreso en residencia pública”  
(1/2/3/4/8/36/37/51/52/69/77/79/91/94/104/109/112/120/136/137/176/54/119/138/178/  
50/68/70/87/89/95/97/98/99)*

La institucionalización es el último recurso deseado por las personas de edad avanzada, no obstante, constatamos que es uno de los recursos más utilizados como medida de intervención por los profesionales de nuestro estudio.

**1.3.- Centro de Día:** Hace referencia a servicios de acogida diurna para personas mayores que necesitan organización, supervisión y asistencia para las actividades de la vida diaria y complementan la atención propia del entorno familiar.

*“Solicitud centro de día” (49/94/70/78/106/111/125)*

**1.5.- Viviendas tuteladas:** Son definidas como unidades convivenciales destinadas a personas mayores con un cierto nivel de autonomía y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar

*“Tramitación vivienda tutelada” (/71/84/148)*

**2.- Entrevistas con hijos o familiares:** Una de las técnicas más utilizadas por los profesionales que han colaborado en esta investigación ha sido la de entrevista para su intervención en los casos de maltrato a personas mayores. Entendemos por técnica de entrevista la utilización consciente e intencionada de conocimientos que el profesional transforma en conducta mediante la relación que establece con el usuario.

*“18 Entrevistas con la hija” (1)*

*“15 Entrevistas con el hijo que no vive en la casa” (3)*

*“10 entrevistas” (42)*

*“8 entrevistas” (4)*

*“7 entrevistas” (8/54)*

Los ejemplos expuestos corresponden a los casos en los que los profesionales han especificado un número concreto de entrevistas llevadas a cabo en cada situación. El resto de casos señalan solamente la palabra “entrevistas”.

**3.- Coordinación y derivación:** Ambos conceptos forman parte de la filosofía de trabajo de los profesionales participantes, tanto de servicios sociales como de salud. La coordinación entre los equipos de atención primaria, aunque con alguna que otra dificultad, se practica realmente y así lo demuestran los datos obtenidos. Por lo que respecta a la derivación, ésta es una de las funciones estipuladas para los servicios de

atención primaria. Entendemos por derivación el traspaso de la responsabilidad de una situación concreta a otro profesional mediante un circuito adecuado.

*“Coordinación con ABS” (2/97/109/146/8/42/43/64/119/149/177/36/118/120/129/130/54)*

*“Coordinación Centro de Salud Mental” (105/131/133/134/137)*

*“Coordinación con PADES” (1/97/127)*

*“Coordinación con la Guardia Urbana” (110/43)*

*“Coordinación con SSAP” (159/163/165)*

*“Derivación al EAIA” (110/159/42)*

Los datos reflejan que existe una intercomunicación entre los distintos servicios que existen en los distritos donde se ha llevado a cabo la investigación. La más destacable es la coordinación entre los servicios sociales y los de salud (ABS). El resto han sido contactos muy puntuales.

**4.- Visitas Domiciliarias:** Cuando la situación así lo requiere y el profesional lo considera oportuno, éste se desplaza al domicilio del usuario o paciente para llevar a cabo una entrevista y una observación “in situ” del problema surgido.

*“Visitas Domiciliarias” (1/3/4/36/72/122/125/126/134/135/136/137/142/143/144/145/146/161/163/165/176/8/54/57/64/102/110/138/139/149/178)*

A esta categoría los profesionales han respondido escuetamente, sin dar ningún tipo de información complementaria.

**5.- Otros:** En esta categoría hemos incluido toda la información proporcionada por los profesionales en respuesta a la pregunta para la que no hay suficiente frecuencia para organizar una categoría concreta.

*“Valoración para gafas, dentista y audifono” (86)*

*“Demandas económicas y para arreglar la vivienda” (90/113)*

*“Tramitación servicio de fumigación para la vivienda” (57)*

*“Demanda de limpieza de choque” (90/119)*

*“Asesoramiento abogado para proceso de incapacitación” (94/133/148)*

Como puede comprobarse por los ejemplos las opciones son muy diversas entre si y puntuales por lo que se hace difícil incluirlas en otras categorías.

## Frecuencias de las categorías

Tabla nº 61. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 47

CATEGORIAS	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN
1.- Recursos formales	1.1.- Servicios Atención domiciliaria (39)
	1.2.- Residencias (34)
	1.3.- Centro de Día (7)
	1.4.- Viviendas tuteladas (3)
2.- Entrevistas con hijos o familiares (87)	
3.- Coordinación y derivación (39)	
4.- Visitas domiciliarias (31)	
5.- Otros (18)	
<b>TOTAL 175</b>	<b>TOTAL 83</b>

En general podemos considerar que las respuestas ofrecidas por los profesionales referentes a su intervención han sido muy escuetas y carentes de detalle.

La categoría más destacable es la que corresponde a la aplicabilidad de ciertos recursos en estas situaciones de maltrato. A un nivel muy similar se encuentran los distintos servicios domiciliarios y la demanda de ingreso en centro residencial. Podríamos decir que estos dos recursos son de alguna manera “típicos” en nuestra sociedad, al ser los más potenciados por la política social actual.

Muy por detrás encontramos los centros de día y las viviendas tuteladas. Ambos son una interesante alternativa al ingreso en residencia, lo que ocurre es que no están suficientemente desarrollados ni potenciados como servicios que proporcionan un soporte a las familias para poder mantener a la persona en su medio natural.

### 9.6.2.2.5.- Valorar la viabilidad y accesibilidad prevista para la intervención (Pregunta Nº 48)

**Accesibilidad:** El hecho de definirla es muy complejo, pero en el contexto en el que nos movemos, le damos el sentido de posibilidad que tiene o no, el profesional o técnico de poder obtener la información básica y necesaria para poder elaborar un diagnóstico y posterior plan de intervención.

**Accesibilidad negativa:** Nos referimos a las dificultades que suelen presentarse a los profesionales, con motivo de tener acceso o no a la situación concreta de malos tratos a personas mayores y poder llevar a cabo una evaluación o apreciación diagnóstica de la problemática. Dichas dificultades suelen ser provocadas tanto, por parte de la víctima como también de las personas que provocan el maltrato. Así mismo, suele haber un rechazo a cualquier propuesta de solución, por la propia víctima que no es consciente en muchos casos, de lo que le ocurre y por lo tanto rehuye cualquier propuesta de ayuda.

*“Cuando se intentó recoger la expresión de sus sentimientos reaccionaron a la defensiva y rehusaron nuestra intervención negando en todo momento la situación” (168)*

*“No aceptan ningún recurso” (42)*

*“En general cualquier intento de ayuda es insuficiente y un fracaso hasta ahora” (119)*

*“Intentos de entrevistar al hijo (no se ha conseguido hasta ahora)” (118)*

*“No se consigue hacer un seguimiento ni visita domiciliaria, la única información que tienen viene dada por el forense” (43)*

En estos relatos queda patente la existencia de un rechazo por parte, tanto de la persona mayor víctima de maltrato como de las personas que le rodean, de alguna propuesta de ayuda ofrecida por los profesionales. Existe una negación de la situación. Considerando que la intervención tiene como finalidad acabar con el maltrato, en las situaciones descritas se enfrentan con el principio de autodeterminación y respeto a la propia decisión de no ser ayudado.

**Accesibilidad positiva:** Las condiciones de acceso, tanto por parte de la persona mayor víctima de maltrato, como de alguna persona próxima que interviene en la dinámica familiar, son favorables para que el profesional pueda valorar y posteriormente intervenir en la situación.

*“La misma usuaria solicita ayuda urgente y facilita la entrada a los servicios sociales y servicios sanitarios. Se implica en el proceso de resolución” (3)*

*“El hijo adopta una posición de colaboración a pesar de que la relación (con la madre) no había sido buena” (4)*

*“Consideramos que es una situación que a partir de nuestra intervención se puede modificar” (162)*

Actualmente, el abordaje de una situación de maltrato a una persona mayor se hace desde los servicios sociales o servicios de salud de atención primaria, actuando sobre situaciones de riesgo (prevención primaria), sobre situaciones confirmadas de maltrato (prevención secundaria) o bien sobre las consecuencias del maltrato (prevención terciaria).

Las intervenciones deben aplicarse con las medidas menos perturbadoras y restrictivas posibles para la persona mayor. Se ha de elaborar un método de participación voluntaria de todas las personas implicadas, teniendo en cuenta sus personalidades y circunstancias, puesto que de otra forma se pueden generar reacciones negativas y como consecuencia, que la persona mayor no quiera la ayuda.

**2.- La viabilidad:** El problema de los malos tratos a una persona mayor debe ser susceptible de estudiarse tomando en cuenta, el acceso a la información (accesibilidad) y los recursos, Hay que dejar constancia de que el caso es viable o no lo es.

**2.1.- Dificultades de viabilidad presentadas por la víctima:** Las dificultades vienen dadas por la actuación de la víctima, sea o no competente para decidir, lo haga o no voluntariamente. Estos son dos aspectos que se deberán tener en cuenta en todo momento.

*“Dificultades para la intervención, la señora no quiere o no puede poner límites, tiene miedo. La víctima intenta “tapar” la situación” (110)*

*“El paciente niega aceptar cualquier ayuda” (165)*

*“Difícil porque es un señor orientado y no quiere nada. Dice que quiere morir” (149)*

*“Debido al carácter de la señora ésta no permite y boicotea nuestras intervenciones haciendo posteriormente exigencias y llegando a ser insultante” (177)*

Este aspecto presenta serias dificultades para los profesionales para saber y conocer los derechos que se tiene a intervenir en una situación determinada.

**2.2.- Dificultades de viabilidad presentadas por otras personas:** En esta categoría se contemplan aquellos casos en los que personas, generalmente del grupo familiar, obstaculizan el plan de ayuda de los profesionales.

*“La señora tiene aprobada una plaza de residencia pública (vive sola), pero las hijas ponen resistencia para ingresarla y manifiestan que a ella no le vale el ingreso” (136)*

*“Difícil porque rehusaban cualquier ayuda” (156)*

*“Pocas posibilidades por dificultades en aceptar las problemáticas existentes” (113)*

*“El recurso idóneo sería el solicitado pero no lo aceptan (residencia)” (8/138/152)*

Se constata el hecho de que hay personas y grupos familiares que rehusan absolutamente cualquier tipo de intervención de ayuda que provenga del exterior.

**3.- Pendientes:** En esta categoría agrupamos todos aquellos casos en que el profesional ha especificado la situación que todavía no está resuelta a causa de diferentes motivos. A cada uno de ellos le adjudicamos una categoría de segundo orden.

**3.1.- De valoración de recursos:** El caso está pendiente a causa de estar en proceso de valoración para poder beneficiarse del recurso propuesto. Generalmente la valoración se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar y con un enfoque interdisciplinar.

*“Pendientes de valoración de los recursos públicos adecuados” (36/50/53/78/106/107/121/125/131/134/135/142/143/144)*

*“Pendiente valoración solicitud SAD pública” (68/74/87/94/122)*

**3.2.- De resolución de expediente:** Una vez se ha presentado la solicitud del recurso, mediante la documentación precisa (informes varios) a la instancia correspondiente, hay un periodo de espera en tanto no se resuelve, positiva o negativamente, el expediente. El tiempo de resolución y posterior adjudicación del servicio solicitado varía mucho de unos casos a otros, especialmente motivado por la falta de recursos.



*“A la espera de resolución del ICASS ingreso en residencia”  
(37/39/51/52/68/69/75/76/77/ 84/94/98/104/111)*

*“Pendiente programa Vivir en Familia” (129)*

**3.3.- Concedido recurso pero no recibido todavía:** El recurso o servicio ha sido resuelto favorablemente por el organismo responsable, no obstante, se está a la espera de poder ponerlo en marcha.

*“A la espera a corto plazo colocación del Servicio de Telealarma”  
(71/72/73/85/88)*

Una vez más se puede comprobar que situaciones tan críticas y que cumplen ampliamente todos los criterios para ser beneficiarios de servicios sociales tan básicos y fundamentales, no pueden beneficiarse de los mismos una vez tramitada y aprobada la ayuda por falta de dotación presupuestaria.

**4.- Otros:** Se han registrado unos relatos de profesionales muy interesantes pero a la vez, muy dispares por su temática y por lo tanto para su viabilidad. Ésta es la justificación por la cual hemos considerado una categoría “cajón de sastre” para incluir estos aspectos.

*“El caso llega a Servicios Sociales por un **absentismo escolar persistente y continuado desde los 6 años de la niña. Uno de los motivos es que debe cuidar de su abuela**” (43)*

*“Hay desconfianza del servicio hacia las informaciones que llegan del hijo”  
(122)*

El hecho de intervenir menores en casos de malos tratos a personas de edad avanzada no es muy usual, es por eso que en la categoría de coordinación y derivación de servicios aparece, entre otras, la derivación al Equipo de Asesoramiento de la Infancia y Adolescencia (EAIA), que actúa en casos de alto riesgo social para los menores.

Una vez más se confirma que, cualquier situación de violencia, abuso o malos tratos a un miembro de la familia repercute en todos los miembros de la misma.

Los profesionales están sometidos a mucha presión a causa de las diferentes interpretaciones de los hechos que les ofrecen las distintas personas que intervienen

en los mismos. Esto genera también desconfianza y a la vez mucha cautela, con la consecuente necesidad de contrastar toda la información recibida.

### Frecuencias de las categorías

Tabla nº 62. Categorías y frecuencias de la pregunta nº 48

CATEGORIAS	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN
1.- Accesibilidad (11)	1.1.- A. Negativa (7) 1.2.- A. Positiva (4)
2.- Viabilidad (15)	2.1.- Dificultades otras personas (9) 2.2.- Dificultades por parte de la victima (6)
3.- Pendientes (39)	3.1.- De valoración de Recursos (19) 3.2.- De resolución de Expediente (15) 3.3.- Concedido recurso pero no recibido todavía (5)
4.- Otros (3)	

Se calculó el índice de fiabilidad kappa de Cohen de todo el sistema de categorías obteniéndose el resultado de 0,71 (< p.0.000).

## CAPITULO 10

### Discusión y conclusiones

#### Capítulo 10. Discusión y conclusiones

##### 10. 1.- Discusión

##### 10.1.1.-Objetivo 1

10.1.1.1.- La detección

10.1.1.2.- Conceptos

10.1.1.3.- Tipologías de malos tratos

##### 10.1.2.- Objetivo 2

10.1.2.1.- El perfil de la persona mayor víctima del maltrato

10.1.2.2.- Perfil de la persona que comete el maltrato

##### 10.1.3.- Objetivo 3

10.1.3.1.- Factores de riesgo relacionados con la persona mayor víctima de maltrato

10.1.3.2.- Factores de riesgo relacionados con la persona responsable del maltrato

##### 10.1.4.- Objetivo 4

##### 10.1.5.- Objetivo 5

##### 10.1.6.- Hipótesis

##### 10. 2.- Conclusiones

##### 10. 3.- Sugerencias para llevar a cabo vías de intervención y de investigación

### 10.1.- Discusión

En este capítulo llevaremos a cabo el ejercicio de intentar relacionar lo que dice la literatura, es decir, los conceptos y corpus teórico descritos en los anteriores capítulos, con los resultados obtenidos en el estudio empírico, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

La tarea se llevará a cabo mediante la identificación de los elementos más relevantes que configuran la realidad de los malos tratos a las personas mayores, estudiando el discurso y recogiendo las palabras y frases clave para luego interpretar los argumentos. Al haber obtenido una gran cantidad de datos, cuantitativos y cualitativos (análisis de contenido), nuestra labor se centrará en establecer una combinación entre ambos que sea complementaria para dar respuesta a los objetivos y las hipótesis planteadas y poder de esta forma, formular unas conclusiones.

De esta manera se interpreta el discurso y se relaciona con:

- ✚ La base teórica
- ✚ La opinión de los distintos profesionales que intervienen en la investigación
- ✚ Las distintas referencias bibliográficas de experiencias en relación a los malos tratos a las personas mayores
- ✚ Así como, los resultados obtenidos en los datos del análisis cuantitativo y cualitativo.

La discusión se irá desarrollando en función de los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo anterior.

Retomamos nuestro objetivo general, el cual está centrado en identificar, describir y explorar las características y aspectos principales que intervienen en las situaciones de los malos tratos a las personas mayores. Todo ello asociado a las situaciones detectadas y clasificadas como maltrato a las personas mayores que viven en el

ámbito familiar, mediante la aportación de casos detectados de maltrato a personas mayores provenientes de los diversos profesionales que trabajan en distintos servicios de atención primaria públicos.

Señalamos un elemento metodológico relevante, el no haber podido tener acceso directo a las personas a estudiar y haberlo hecho mediante la aportación de las historias clínicas y/o sociales. Remarcar que esta base de datos es para uso interno de los profesionales y que por ese motivo se confecciono un instrumento específico para nuestro estudio, el cual se nutria de la información que nos proporcionaba el profesional. Creemos que este aspecto puede condicionar los resultados finales. No obstante, el rigor, el trabajo y el interés que se ha puesto en la realización de esta tesis por parte de todos los colaboradores, profesionales y asesores, avalan los resultados y las posteriores conclusiones.

Abordaremos uno por uno todos los objetivos planteados.

### **10.1.1.- OBJETIVO 1**

*Describir los principales problemas asociados al abordaje de los malos tratos a las personas mayores. La detección, los conceptos y las diversas tipologías*

#### **10.1.1.1. La detección**

Uno de los primeros aspectos a remarcar son los resultados obtenidos referentes al número de casos, detectados o sospechados y su procedencia, proporcionados por los diferentes profesionales de los servicios e instituciones colaboradoras en nuestro estudio a los largo del año 2002.

Es interesante observar (Tabla nº 23) que la mayor detección de casos de malos tratos a personas mayores proviene de los servicios sociales públicos, con un 76,4% de la muestra, concretamente aportados por el profesional trabajador social. Se puede averiguar que el resto de profesionales del equipo, psicólogos, personal de enfermería, abogados, médicos, o no aportan casos para el estudio o lo hacen de forma escasamente significativa.

---

Durante el año 2002, de los casos de población > 65 años atendidos por los servicios sociales de San Martín, fueron 1913 y de ellos, el 7'9% fueron casos de maltrato. Por el contrario en el distrito de San Gervasio de los 798 casos atendidos de población >65 años, el 3,4% fueron casos de maltrato. Estos datos coinciden con los datos expuestos en el capítulo 4, ofrecidos por INPEA y por la OMS centrado la prevalencia de los malos tratos entre un 5 y un 6% del total de la población mayor de 65 años.

Así mismo, podemos ver que en la aportación de casos a través del programa PADES, ha sido el médico y no otros profesionales del equipo quien ha aportado los casos. En sólo un distrito se detecta el 9'6% de los casos mediante este programa. Teniendo en cuenta que dicho programa funciona por un igual en ambos distritos dónde se ha llevado a cabo el estudio. Pensamos que la implementación del PADES puede ser una extraordinaria fuente de detección de situación de malos tratos a las personas mayores puesto que su aplicación se efectúa directamente en los domicilios, lo cual nos puede aportar una información de primera línea que de otra forma difícilmente se puede obtener.

En cuanto a la aportación de casos por parte de médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos de los distintos centros de salud, ésta queda reducida a un 4'5% del total de la muestra. Este dato nos genera inquietud, puesto que los malos tratos, la violencia o abusos dirigidos a cualquier sector de la población son, además de un problema social y jurídico, también un problema de salud muy grave. Así lo ha considerado la OMS. Lamentablemente, con nuestro estudio no tenemos posibilidades de averiguar éste y otros muchos aspectos importantes. No obstante, en el capítulo 5 (5.1.4.), se señalan algunas de las aportaciones teóricas por las cuales los profesionales tienen serias dificultades para afrontar la detección de casos de maltratos a las personas mayores.

Entre otras y como resultado de nuestro análisis citaremos;

- La falta de pruebas para documentar los casos. A pesar de que una de las técnicas más utilizadas por los profesionales que han participado en el estudio, ha sido la entrevista en el centro (87), o en el domicilio (31), con los hijos u otros familiares (87), en muchas ocasiones no es suficiente para llegar a discernir si estamos ante una situación de maltrato o no.
- La coordinación con otros servicios y profesionales es un elemento fundamental de trabajo para obtener una visión holística de la situación que presenta una persona

- que es objeto de malos tratos. Los profesionales de nuestro estudio la utilizan (39) y de esta forma establecen contacto, entre otros, con los centros de salud, salud mental, PADES, guardia urbana, EAIA.
- La accesibilidad descrita y percibida por los profesionales respecto a las barreras que surgen y que limitan el acceso a la información y por lo tanto a la detección y posterior intervención. Como ejemplo el caso de la víctima que *"intenta tapar la situación y pone dificultades"* (110), o aquella que *"rehúsa la acción de los profesionales por negar la situación"* (168).
  - La viabilidad del caso que puede venir dada por otras personas (familiares o no) o bien por la propia víctima y que obstaculizan el plan de ayuda elaborado por los profesionales *"difícil por que rehúsan cualquier tipo de ayuda"* (156).
  - El hecho de que en el cuadro médico de los centros de salud de atención primaria, no exista la especialidad de geriatría, como lo es la pediatría, puede llegar a influir, en tanto que, la falta de preparación gerontológica del personal especializado y auxiliar afecte considerablemente en la calidad de atención a las personas de edad avanzada. Concretamente nos referimos a las actitudes, estereotipos y mitos acerca de la percepción de la vejez. Todo ello no ayuda a identificar situaciones de malos tratos.
  - Los profesionales no suelen recibir formación por parte de sus instituciones respecto al tema de los malos tratos a las personas mayores. Este aspecto influye en adquirir o no la cultura de detectar e identificar dichas situaciones. No obstante, a lo largo del año en que se ha estado en contacto con los profesionales que han participado en el estudio, se ha percibido una necesidad real de estar formados en esta materia para poder llevar a cabo correctamente su tarea laboral cotidiana, dada la gran complejidad que surge en el momento de detectar, tipificar y teorizar sobre la variabilidad de problemáticas en las que se encuentran, relacionadas con los malos tratos.

Por lo que respecta a la detección por parte de personas no profesionales, o bien por la propia víctima o familiares, representa el 8'5% del total de los casos. En ocho casos ha sido la propia persona mayor víctima, la que ha dado a conocer su situación. Por todo lo explicado en el capítulo 5 (5.1.2.1) en relación al silencio de las víctimas, se nos confirma que las dificultades e impedimentos por las que pasan, no justifican que sean más las personas que comuniquen su problemática a los profesionales.

---

Los datos obtenidos no nos permiten llegar a una conclusión definitiva, pero sí nos suscitan y presentan muchos interrogantes, los cuales quedan abiertos para posibles futuras investigaciones. Entre algunos destacamos:

- ¿Por qué existen estas diferencias de detección en los mismos servicios, entre los dos distritos de una misma ciudad?
- ¿Existe más sensibilidad y preocupación por el tema de los malos tratos entre una disciplina u otra? ¿Entre unos servicios u otros?
- ¿El exceso de trabajo y la presión a la que se ven sometidos los profesionales “*de primera línea*” impiden una detección más exhaustiva de los malos tratos?
- ¿Qué papel puede jugar la falta de protocolos, tanto de detección como de intervención?

Postulamos que el silencio es cómplice de los malos tratos. Consideramos que se está en el inicio de un proceso de clarificación indispensable para diseñar un futuro de buen trato o de reducir la incidencia de los malos tratos.

#### **10.1.1.2.- Los conceptos**

Inicialmente, queremos destacar que una de las mayores dificultades a la que nos hemos enfrentado en el desarrollo de esta Tesis, ha sido resolver la falta de acuerdo y de conocimiento por parte de los profesionales, autores y población en general, a la hora de definir aquello que es y lo que no es maltrato o abuso dirigido a las personas mayores.

A lo largo del proceso de la investigación se ha podido comprobar que hay una gran confusión en el momento de utilizar los diversos conceptos como, abuso, violencia, agresividad, malos tratos, negligencia, abandono, atención adecuada, buen trato y otros, concretamente por parte de los profesionales que han colaborado en el estudio. Esta polisemia comporta consecuencias negativas. Pillemer (1988) afirma que estamos ante un laberinto de ideas, especialmente en la aplicación de las líneas de trabajo entre los profesionales y la intervención en estos casos.

Tal y como se argumenta en el capítulo 2, es del todo necesario llegar a un acuerdo o consenso respecto a las definiciones conceptuales (intrínsecas) en el tema del abuso o maltrato a las personas mayores. Por este motivo, los profesionales que han



colaborado en aportar sus casos para llevar a cabo el estudio exploratorio, inicialmente fueron asesorados e informados de los conceptos utilizados, así como se les proporcionó listas de indicadores y factores de riesgo, necesarios para identificar y por lo tanto detectar casos de malos tratos. Todo ello generó un debate abierto, dinámico y fructífero entre los profesionales.

Recordemos que la pregunta nº 44 del instrumento para la recogida de datos, fue formulada para que los profesionales llevaran a cabo una descripción de los malos tratos detectados. De esta forma, se han logrado identificar, mediante indicadores apropiados, seis tipologías de maltrato.

Uno de los fundamentos en los que radica la dificultad de poder estudiar y evaluar el tema de los malos tratos, es averiguar el por qué no se da el mismo valor a las diversas situaciones y las causas u objeto de la evolución de los comportamientos sociales. Probablemente encontraremos alguna explicación en la falta de sensibilidad, en la carencia de información y de formación de los profesionales y del resto de la sociedad, así como también entre las propias personas de edad avanzada..

### **10.1.1.3.- Las tipologías de los malos tratos**

De la opinión y percepción de los profesionales que han participado en el estudio, se deduce que hay coincidencia entre los autores consultados para el corpus teórico y la visión de los profesionales que han colaborado en la investigación, respecto a que entre las distintas tipologías de malos tratos, existen algunas que se pueden considerar como propias de las personas mayores a saber: el abuso económico, la negligencia y la autonegligencia.

En el estudio observamos que a pesar de no existir una diferencia significativa, todos los tipos de malos tratos se dan en mayor número en las mujeres que en los hombres de nuestra muestra.

De los datos extraídos del estudio, tanto en el análisis de contenido como de los datos cuantitativos, hemos podido constatar que los tipos de malos tratos más frecuentemente detectados en personas de edad avanzada han sido la negligencia (98%) y la autonegligencia (110%). Seguidos de maltrato psicológico con un (77%) y la

vulneración de los derechos (42%). Por lo que respecta al maltrato físico (30%) y el económico (31%) registran un porcentaje similar. Destacamos que el abuso sexual apenas ha quedado reflejado con un solo caso.

La identificación de situaciones de negligencia, queda muy bien registrada en los relatos de los profesionales, mediante frases significativas como:

- *“Vive con un hijo alcohólico y sus **otros hijos se desentienden de ella**” (122)*
- *“Por parte de los hijos hay **una negligencia total**, no atienden las necesidades físicas ni las emocionales” (129)*

Yendo al detalle que nos permite el estudio de las respuestas para el análisis de contenido, nos atrevemos a destacar, con las reservas oportunas, algunos elementos de reflexión.

Suele darse una negligencia en el momento en que no se proporcionan los cuidados básicos para la vida diaria a la persona mayor que precisa de ellos, por parte de las personas que ya sea a nivel formal (trabajadores familiares) o informal (familiares), tienen la obligación de llevar a cabo esta tarea.

*“Hace dos días que no come y tenía la medicación descontrolada” (3)*

Si consideramos que la edad de las personas cuidadoras en un 23,7% está situada en el intervalo de edad con más de 76 años (Tabla nº 35), podemos pensar que el fenómeno de cuidar a una persona en situación de dependencia a estas edades, puede ocasionar situaciones de negligencia involuntaria, producto de su desconocimiento, agotamiento o bien de su propia incapacidad para llevar a cabo la tarea de cuidar a un enfermo.

*“El marido padece agotamiento como cuidador que le hace provocar pequeñas negligencias ocasionalmente” (135)*

El intervalo de edad correspondiente a las personas que cuidan a las personas mayores que han presentado situación de maltrato que ha tenido un valor más alto ha sido el de 36 a 50 años, con un 28,2%. Suele ser llamada la generación “sándwich”, con las responsabilidades de proveer cuidados a los hijos, todavía residentes en el domicilio paterno y asistir también a sus padres y suegros frágiles, lo que a menudo se traduce en un problema de sobrecarga.

*“Falta de cuidados a la paciente por parte de la hija” (163)*

En la tipología de negligencia, podemos decir aunque con reservas, que la asociación viene dada también a causa de la falta de preparación para tener cuidado de una persona mayor dependiente (34,3%).

En este mismo tipo de maltrato por negligencia surge una aportación que, aún no siendo representativa en esta categoría definida, sí podemos combinar este dato con los obtenidos en la pregunta nº 48 referente a valorar la viabilidad para la intervención. Consideramos que puede ser la punta del iceberg de otros problemas, es la denominada **negligencia administrativa**.

*“También se ha dado una negligencia por parte del servicio; desde aquí la información ofrecida sobre el SAT no ha sido correcta, creando falsas expectativas en el marido, lo cual le ha provocado todavía más tensiones” (135)*

Los profesionales expresan verbalmente que existe una dilación inaceptable entre la tramitación de la solicitud de un servicio y la obtención del mismo. Así mismo, este hecho queda reflejado en el análisis de contenido, concretamente en la categoría de viabilidad para la intervención. En dos de sus categorías de segundo orden encontramos: pendiente de valoración y resolución de recursos:

*“Pendientes de valoración de los recursos públicos adecuados”  
(36/50/53/78/106/107/121/125/131/134/135/142/143/144)*

*“A la espera de resolución del ICASS ingreso en residencia  
(37/39/51/52/68/69/75/76/77/ 84/94/98/104/111)”*

*“A la espera a corto plazo colocación del Servicio de Telealarma”  
(71/72/73/85/88)*

De esta forma constatamos que tanto para la evaluación, como para la resolución del expediente y finalmente para la concesión o puesta en funcionamiento del recurso, hay un proceso excesivamente largo y poco definido. Teniendo en cuenta que son situaciones de alto riesgo social y de salud.

Otro aspecto se nos presenta como revelador, aunque mediante un solo relato. Se trata de la negligencia médica como maltrato. He aquí el ejemplo.

*“Se da también **maltrato por parte de un médico** que le diagnostica un cáncer, le hace pasar por 20 sesiones de radioterapia y finalmente se descubre que tenía una lesión de menisco” (8)*

A pesar de que en nuestro estudio la subcategoría de negligencia médica apenas se detecta, podemos comprobar en el capítulo dos, cómo la literatura nos ofrece modelos taxonómicos en los que la negligencia médica toma un relevante protagonismo. Se incluyen situaciones como, las inmovilizaciones no autorizadas, el exceso o defecto de fármacos, la alimentación forzada, entre las más relevantes. Ciertamente, éste es un aspecto más recurrente en el ámbito institucional (residencias, hospitales). Cuando ocurre en el domicilio suele agruparse como un maltrato físico.

*“Deja sola a la abuela y la ata a una silla para que no se caiga. Algunas noches también”(1)*

En el *Decreto de Regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales de 1996* y su posterior modificación del año 2000, se especifican los derechos y los deberes de los usuarios de los servicios sociales. Entre otros, se hace preciso mencionar el Art. nº 5 en el que se deja constancia, de una forma concreta, cuales son los derechos y los deberes. Entre ellos destacamos el que hace referencia al derecho de *“no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas”*. Se ha de recurrir a los sistemas de sujeción que recomiendan las normativas vigentes.

Respecto el maltrato psicológico identificado en un 43,3% de la muestra, los relatos lo relacionan con unos indicadores claros y precisos. Se utilizan los conceptos de: gritos, amenazas, chantajes, reproches, miedo, sumisión, ignorancia, entre los más frecuentes. Un ejemplo ilustrativo.

*“La usuaria vive en casa con su hijo y éste la maltrata con desconfianza, gritos” (127)*

Este tipo de maltrato podemos contrastarlo con el dato obtenido respecto a la vulnerabilidad psíquica que presenta la víctima, el cual representa un 62,9% del total de la muestra.

Cabe puntualizar que el maltrato psicológico es muy difícil de medir por su gran subjetividad y que solamente conociendo muy profundamente la situación, podemos afirmar ante que forma de maltrato psicológico nos encontramos. No obstante, consideramos que todo tipo de maltrato, sea de la forma que fuere, produce a su vez un maltrato psicológico.

En relación a las situaciones de maltrato físico, éstas se identifican con indicadores más objetivos y suelen asociarse al hecho de que el agresor padece algún tipo de trastorno mental (44,9%) y/o también dependencia económica de la víctima (11,8%).

*“Hijo que en situaciones de crisis mental maltrata física y psíquicamente a su madre (133)*

*“La señora vivía con un enfermo esquizofrénico que la **agredía físicamente**” (137)*

Existen clasificaciones que consideran el uso inadecuado de fármacos como una topología propia, la cual puede ser definida como el uso perjudicial de fármacos o también el hecho de no respetar las pautas de administración por sobre dosificación, por infra dosificación, o por falta de medicación.

*“Sobredosis de medicamentos” (91)*

*“Incumplimiento terapéutico y problemas de salud no tratados”  
(68/96/97/101/113)*

La vulnerabilidad física de las personas que sufren malos tratos en nuestro estudio ha sido muy elevada con un 83'1%. Todo ello nos alerta sobre la necesidad de intervenir mediante programas de detección y tratamiento de salud mental, así como, el establecer programas para mejorar la preparación de los cuidadores de las personas mayores enfermas.

Por lo que respecta a la autonegligencia, hay autores que dudan de que pueda plantearse como un maltrato, debido a que no hay otra persona que por acción o por omisión sea el culpable, sino que es uno mismo el que amenaza la propia vida o su salud. En esta topología podemos incluir el Síndrome de Diógenes (explicado en el capítulo dos), que tantos casos aporta a los servicios de atención primaria. Así, lo reflejan estos relatos:

*“El paciente no acepta la ayuda exterior, falta de higiene personal y del domicilio” (165)*

*“Ella misma hace un abandono de su persona y no tiene ningún cuidado de su salud” (42)*

Estas situaciones generan graves conflictos a los profesionales a causa de la negativa a la ayuda por parte del usuario y del respeto por el principio de autodeterminación. Una cuestión importante es llegar a evaluar si la persona está o no en condiciones de decidir por sí misma. Coincide también que se trata de una persona que no desea

---

someterse a ningún tipo de valoración diagnóstica. Ante ello surgen interrogantes muy complejos de a bordar como:

¿Que puede hacer un profesional ante un anciano maltratado que no desea que se intervenga? ¿Que rehúse las intervenciones propuestas?

***“No quiere ningún cuidado. Quiere morirse. El médico lo sabe” (149)***

Este relato nos describe lo que podríamos denominar el suicidio pasivo o deseo de muerte. Se puede comprobar que estamos ante una situación de desinterés por todo, de tristeza profunda, ausencia de energía y todo ello acompañado de una frase escueta y categórica a la vez *“no deseo nada, lo único que quiero es morirme”*. Estas reacciones de abandono, de oposición, de rechazo de alimentos, generan una tendencia acusada, excesiva y sobretodo sorprendentemente rápida hacia un estado de dependencia grave.

Es muy importante el poder percibir la noción equivalente al suicidio pasivo mediante comportamientos o actitudes como, el deseo de muerte expresado de forma solapada. Este tipo de suicidio pasivo pasa desapercibido y lo que es más importante, no es tratado. Hay un gran déficit de oferta institucional que pueda aplicar un buen esquema de tratamiento psicoterapéutico.

El suicidio entre las personas mayores representa una causa de muerte que lejos de atenuarse parece agravarse. Según Abellán (2005), las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad y alcanzan cifras más altas entre las personas de 75 años y más. Así mismo, el sexo es uno de los predictores más importantes del suicidio entre las personas de edad. Los varones cometen suicidio en proporción tres veces superior a las mujeres. En el año 2002 se suicidaron 483 personas en Cataluña. La franja de edad con más riesgo de quitarse la vida ha sido la de 15 a 34 años y la de los mayores de 75 años. El 70% de las personas que se suicidaron estaban deprimidas (Ricart, 2005).

De nuestro análisis de contenido se desprende que en 24 casos se especifica que padecen un trastorno depresivo. El hecho de sufrir algún tipo de maltrato, de no pedir ayuda o de no tratar enfermedades graves de una forma correcta, conduce a una muerte prematura.

El abuso económico es la topología menos detectada por los profesionales de nuestro estudio con un 17,4% de la muestra.

*“El nieto abandonaba a la abuela y le hizo firmar la donación de todos los bienes. La abuela es muy mayor y con muchas dificultades de visión” (145)*

*“Chantaje y amenazas de la hija para conseguir dinero de la madre” (105)*

Se hace del todo evidente que, la pobreza en la que se encuentran las situaciones estudiadas, puede contribuir a que existan abusos económicos, en tanto exista una dependencia económica de algún familiar, o bien, sea éste quien dependa de la persona mayor víctima.

El acoso inmobiliario se ha detectado como un fenómeno a nivel estructural y se va teniendo alguna que otra información puntual (ver capítulo dos). De todos nuestros relatos, uno sólo hace referencia a esta variante de abuso económico.

*“El administrador le hizo la vida imposible para que la persona se fuera. Tramitó denuncia y ganó” (161).*

La vulneración de derechos es una topología que no todos los autores y organismos internacionales lo contemplan como específica. No obstante, desde que en 1998, el National Center Elder Abuse (NCEA), la incorporó en su clasificación, otros organismos lo van incorporando como topología de maltrato en personas mayores.

De nuestro estudio se desprende que un 82.0% de la muestra está afectada por la vulneración de derechos.

Uno de los derechos más vulnerados, o percibidos como tales, por las personas víctimas de maltrato de nuestra investigación, es el de no poder decidir, es decir la vulneración del derecho de autonomía. Así encontramos ejemplos como:

*“No poder decidir dónde y cómo se quiere vivir” (52/68/95/103/104/111/112)*

*“Forzar ingreso en residencia” (79/89/94/98/138)*

*“No disponer de **privacidad**” (96/103/)*

La Constitución Española (1978), es la base de todos los derechos, no obstante, se trata de valorar la dignidad; la intimidad personal; el secreto de las comunicaciones; la tutela judicial efectiva; la propiedad privada; la protección social, económica y jurídica de la familia; la protección a la salud; una vivienda digna y en condiciones; una pensión adecuada; unos servicios sociales integrados y coordinados para atender problemas de salud, vivienda, cultura y ocio.

El Decreto de Regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales (1996) en el art. nº 7 explicita la voluntariedad de ingreso en un centro residencial y como se debe actuar en caso de que no sea así.

Es preciso que la propia persona mayor pueda ser protagonista de sus propias decisiones, considerando siempre su capacidad para decidir.

Se puede considerar que la vulneración de derechos de las personas es universal, no obstante, hay una especificidad muy característica en el caso de las personas mayores, se vulneran con más facilidad a causa del edadismo, los valores culturales y la usurpación de poder.

Un dato relevante es la concurrencia de diversas tipologías en una sola víctima (Tabla nº 25). El 62'4% de las víctimas del estudio presentan más de un tipo de maltrato a la vez. Así tenemos que de los 178 casos, en 67 se detecta un solo tipo, 44 con dos, 39 con tres, 14 con cuatro, 12 con cinco y 2 con seis. Este dato nos demuestra la complejidad de los abordajes y abre serios interrogantes ante la intervención en función de las prioridades.

### **10.1.2.- OBJETIVO 2**

*Elaborar un perfil de la persona mayor en situación de maltrato y de la persona que comete el maltrato.*

#### **10.1.2.1.- El perfil de la persona mayor víctima del maltrato**

Si hacemos un intento por elaborar el perfil de la persona mayor, víctima de maltrato de nuestro estudio, estaremos ante una mujer (74,7%), de edad superior a los 78 años (la media es de 78,93%). En los primeros intentos (década de los setenta), de diseñar el perfil de la persona mayor víctima de malos tratos, la edad de más de 70 años y ser mujer eran dos indicadores que configuraban dicho perfil.

Su estado civil es el de viuda (49,4%), que vive en el domicilio (recordemos que el estudio se centra en el ámbito familiar), que suele ser propio y que tienen residencia fija, en el sentido de que no ejerce el sistema rotatorio o golondrina. Convive sola



(32,8%) o en pareja (27,7%). Percibe una pensión por jubilación (40,5%), o por viudedad (38,0%) y sus ingresos anuales se sitúan entre los 3.000 y los 6.000€ (50,3%). Por lo tanto podemos deducir que estamos ante una persona pobre. Así mismo, escasamente percibe algún tipo de prelación social (32,7%), concretamente la ayuda de un trabajador familiar (18,8%), siendo ésta del todo insuficiente.

Su nivel de formación se sitúa en la enseñanza primaria con un (14,1%), aunque hemos detectado un 5,1% que no sabe leer ni escribir.

Respecto al soporte social suele tener conversaciones con parientes o amigos menos de una vez al mes (36,5%). La posibilidad de poder asistir a la iglesia, a un centro u alguna organización es de menos de una vez al mes (55,6%). Afirma tener alguien en quien confiar (76,4%) este resultado puede estar influido por haber tenido el contacto con los servicios sociales o de salud.

Su grado de vulnerabilidad es muy elevado, concretamente la vulnerabilidad física se sitúa en un 83,1%, seguida de la vulnerabilidad emocional en un 74,6% y la vulnerabilidad psíquica en un 62,9%. Así pues, nos encontramos ante un perfil de persona mayor denominada frágil. A nivel de salud sabemos que toma más de 4 medicamentos diarios.

Mediante los datos del estudio podemos constatar el escaso y casi insignificante número de personas mayores en situación real de malos tratos que presenta una denuncia de los mismos a las instancias correspondientes. Solo un 5,6% del total de casos ha presentado denuncia o está en proceso de hacerlo. Destacar también que algunas de las denuncias que se presentan no llegan a finalizar el proceso. Por todo ello podemos decir que nuestros mayores no denuncian sus situaciones de maltrato.

El silencio de las víctimas (Capítulo. 5. Ap. 5.1.2), se fundamenta en aspectos cotidianos, en ocasiones muy sencillos y básicos, pero en cualquier caso todos ellos de gran importancia Mencionamos algunos de ellos:

- ✚ Una manifiesta vulnerabilidad. Recordemos que las víctimas de maltrato en el estudio la vulnerabilidad es una realidad patente.
- ✚ Desconocimiento de los derechos que les amparan. Así, una persona que no conoce sus derechos o que no puede ejercerlos, pierde su autoestima y es fácilmente vulnerable ante el maltrato.

- ✚ Las víctimas creen y temen que pueden ser abandonadas, represaliadas, obligadas a ingresar en un centro residencial, creen ser el origen de un conflicto familiar y de perder relaciones muy significativas (abuelos-nietos). El temor y los miedos les invaden.
- ✚ Suelen ser personas que no saben o no pueden valorar y comprender, no sólo la situación de maltrato sino también la gravedad de los hechos. Puede ocurrir también que no la consideren un problema por haberla asumido como una relación normal.
- ✚ Sienten una gran necesidad de sentirse protegidos Suelen justificar o excusar el comportamiento abusivo de sus familiares o cuidadores..
- ✚ Suelen ignorar sus posibilidades de acceder a ayuda o a recursos que tienen a su alcance así, creen que con sus propios recursos podrán hacer frente a la situación. En última instancia consideran que su problema no tiene solución.
- ✚ La actitud del entorno es de resistencia a reconocer la realidad del maltrato, se suele minimizar el origen de una queja y a menudo se suele culpabilizar a la víctima.
- ✚ La creencia generalizada de que lo que ocurre en el entorno de una familia es una cuestión privada en la cual nadie puede entrometerse.

#### **10.1.2.2.- Perfil de la persona que comete el maltrato (agresor)**

Ante todo decir que con los datos que tenemos no podemos hacer un perfil completo de la persona que ejerce el maltrato. Muchas son las dudas que se nos plantean ante esta tarea. Se entremezclan y solapan elementos que no permiten llegar a una afirmación concreta.

Por otro lado, los datos proporcionados por los profesionales a este respecto han sido muy escasos, ante la dificultad de tratar de intervenir con el posible causante del maltrato.

El perfil del posible agresor extraído de los datos de nuestra muestra lo podemos definir como un hombre (52,5%), de edad entre 36 y 50 años, o también de más de 76 años (23,7%), que ejerce la función de cuidador de la persona mayor, que en este caso es la víctima del maltrato. Su relación con la víctima es la de hijo (56,5%), que no trabaja fuera de casa (80,0%), o el esposo (23,7%).

Pillemer y Finkelhor (1988) en sus investigaciones observaron que en varios casos, la persona que cometía el maltrato, era el cónyuge. En nuestro estudio hemos podido ver que el esposo, en su función de cuidador, ha sido también identificado como persona responsable del maltrato.

Como características específicas de la persona cuidadora que posiblemente sea el causante del maltrato y que nos ofrecen los datos procedentes del estudio podemos destacar las siguientes:

- Padece trastornos mentales, emocionales y/o psiquiátricos en un 44,9%.
- Tiene pocos recursos personales para hacer frente a las situaciones 37,1%.
- Tiene poca preparación para cuidar a un enfermo 34,3%.
- Existen problemas de conflictos personales con la víctima 24,7%
- Está pasando por crisis personales, paro, separación, enfermedad, 24,2%.
- Falta de recursos sociales y de soporte al cuidador 15,2%.

En la actualidad se estima que no todos los agresores son sujetos patológicos.

### **10.1.3.- OBJETIVO 3**

*Conocer e identificar cuáles son los factores de riesgo que se constatan de una forma más significativa en relación a las diversas tipologías de malos tratos y como consecuencia, poder contribuir a reducirlos o impedirlos mediante programas de prevención.*

#### **10.1.3.1.- Factores de riesgo relacionados con la persona mayor víctima de maltrato**

Los factores de riesgo señalan las víctimas, determinan el abuso y revelan la presencia de abuso. Es un concepto epidemiológico que especifica la probabilidad de que un hecho se produzca en el futuro.

Detallamos a continuación algunos de ellos:

### ✚ *La edad*

Según los datos extraídos de nuestro estudio, la edad media de las víctimas es de 78'9 años. De todas las tipologías de maltrato estudiadas, solamente hemos encontrado una correlación, la del abandono con la edad. En el resto de tipologías no se observan diferencias significativas (Tabla nº 37).

La edad, además de ser un indicador biológico, delimita situaciones personales y sociales como, la viudedad, la pobreza, el estado de salud y otros que pueden ser fuente generadora de situaciones de maltrato.

Además del género, la edad se presenta como un factor decisivo en la realización de distintas actividades por parte de los mayores. La relación es clara: a medida que avanza la edad y por tanto se deteriora la salud, disminuye la actividad en todos los ámbitos, especialmente la de todas aquellas actividades que se realizan fuera del ámbito doméstico.

### ✚ *El género*

Como en la mayoría de los informes en que se indica que las víctimas de malos tratos son mujeres, en nuestro estudio se confirma el mismo resultado, con un 74,7% de la muestra. No obstante, existen dudas sobre si ser mujer es un factor de riesgo para ser víctima de maltrato. Una posible interpretación de nuestros resultados puede estar en que las mujeres representan un número más elevado de entre la población de personas mayores.

Así, tenemos que autores como Pillemer y Finkelhor (1988), afirman que son las mujeres las que padecen los casos más graves de maltrato tanto a nivel físico como emocional.

Hemos podido estudiar la posible relación entre los ocho tipos de malos tratos y el género y no hemos encontrado ninguna diferencia significativa en ninguno de ellos (Tabla nº 38).

---

✚ *La convivencia*

Las personas que han formado parte de nuestro estudio viven con la familia un 64,5%, y solos un 31'5%. De los resultados se desprende que la convivencia está altamente relacionada con el maltrato económico ( $p < 0,001$ ) y también con el maltrato físico ( $p < 0,01$ ).

En el resto de tipologías no se observan diferencias significativas (Tabla nº 39).

Estos resultados nos sugieren dos interpretaciones bien diferenciadas:

- Por un lado, la situación de convivencia aumenta la oportunidad de padecer malos tratos a causa del contacto personal y de la invasión del espacio y de que los acontecimientos que favorecen el estrés (dificultades económicas, separaciones y otros) reducen la tolerancia de la familia y aumentan los riesgos de maltrato. La cohabitación aumenta los riesgos de maltrato. Así pues el elevado número de personas mayores que viven solas y padecen malos tratos no coincide con esta afirmación, sino todo lo contrario.
- Por otro lado tenemos que, el hecho de vivir solo puede ocasionar un aislamiento social que obstruya la capacidad de detectar estas situaciones de maltrato. Recordemos que la gran mayoría de los casos para nuestro estudio han estado detectados o sospechados por los profesionales de la red pública de servicios sociales o de salud.

La literatura consultada nos indica que las personas mayores desean permanecer en su domicilio, algunos los comparten con sus familiares más próximos, situación en la que se encuentra el 64'5% de la muestra estudiada. Autores como Pillemer y Suito (1992) encontraron en sus investigaciones que la convivencia es un factor de riesgo para que las personas que cuidan ejerzan maltrato hacia pacientes de Alzheimer.

En cuanto a las formas de convivencia, la diferencia fundamental deriva del hecho de vivir solo o en compañía de otros. Sin embargo, en el análisis comparativo de nuestra situación en el marco europeo, España se coloca en los porcentajes más bajos de población mayor que vive sola. Los datos del Eurostat nos indican que en torno al 50% de las mujeres mayores viven solas, porcentaje que desciende al 20% en el caso de los hombres.

Por otro lado, recordemos lo que se señalaba en el capítulo 4 respecto a la que el hecho de compartir la vivienda incrementa los contactos y por tanto, la posibilidad de conflictos y de malos tratos.

La vivienda es el principal activo de las familias españolas, también de las formadas por personas mayores, un activo que produce bienestar y seguridad a quienes la poseen. En relación a las condiciones de habitabilidad de las viviendas ocupadas por las personas objeto de la muestra de nuestro estudio, destacamos que, en un caso no disponían ni de luz ni de agua corriente, por no haber atendido al pago de los recibos.

El deterioro que a causa del paso del tiempo va produciéndose en las viviendas, en muchos de los casos y concretamente en los estudiados para esta tesis, no ha sido reparado y poco a poco se ha llegado a la situación actual de vivir en un entorno que no dispone de condiciones de habitabilidad.

#### ↓ *El aislamiento social*

La persona mayor que ha reducido sus relaciones sociales extrafamiliares es, a menudo, víctima de malos tratos, al haber disminuido también, el número de testigos de su situación.

De nuestro estudio se desprende que el 31'5% de la muestra viven solos.

En el análisis de contenido observamos que en 31 situaciones nos manifiestan el no tener relaciones sociales, ya sea por no poder mantenerlas o por soledad entre otros.

*“La señora vive sola y no recibe visitas” (118)*

*“No sale nunca a la calle” (4)*

La forma de convivencia constituye una de las informaciones más básicas a la hora de describir cómo transcurre la vida de los mayores. Así pues, tenemos constancia de que un considerable número de personas mayores en situación de elevada vulnerabilidad padecen soledad, especialmente por las dificultades que tienen para poder relacionarse con su entorno y su escasa posibilidad de participación social.

*“Manifiestan soledad” (50/51/52/71/73/74/76/85/88/104/107/111/113)*

Las personas mayores suelen padecer soledad como emoción y también en el sentido físico de estar sola y aislada, especialmente si padecen algún tipo de discapacidad que les dificulta el mantener sus relaciones. En este caso, suelen vivir sin conexión

con el medio y con escasa o nula participación en actividades. Es una experiencia estresante, asociada con alteraciones emocionales y sentimientos de marginación social.

Si bien, la forma de vida en soledad es un claro indicador de competencia y autonomía, también lo es de riesgo cuando las personas que viven solas son mayores de 80 años, con problemas de salud y falta de soporte suficiente, tanto formal como informal, de apoyo social.

*“La señora vive sola en un estado de abandono en el que a través de la denuncia de los vecinos se ha abierto una línea de intervención” (57)*

Con la realización el estudio se ha podido comprobado que ninguna de las posibles opciones existentes en la actualidad, que podrían haber modificado ésta situación de soledad o aislamiento, ha sido potenciada, ni tan solo mediante alguna propuesta. La sola y única opción tratada como posible alternativa ha sido la de la institucionalización (Tabla nº 31). Autores como Lachs et al (1994), afirman que las familias que disponen de una buena red social es a su vez ejerce de protectora de posibles malos tratos.

Dentro de los servicios catalogados como alojamiento alternativo a la vivienda familiar, se incluyen las viviendas tuteladas, servicio de acogimiento familiar y cualquier otro servicio que se ofrezca desde la Comunidad Autónoma o Entidad Local. Hemos de tener en cuenta que en algunos casos se trata de servicios de reciente implantación y en otros casos no se contemplan estos programas dentro de la red de servicios sociales para personas mayores.

El aislamiento social, requiere una gran atención por parte tanto de la familia como de los profesionales de atención primaria y de salud, para poder valorarlo y hacer un seguimiento, puesto que sabemos que un gran número de las personas mayores y, en especial en edades muy avanzadas, reducen sus relaciones extrafamiliares y sociales (teoría de la desvinculación, Cumming y Henry, 1961). Por ese motivo la posibilidad de detectar situaciones de malos tratos en personas ancianas que viven solas es una tarea compleja y muy difícil.

La supresión de barreras arquitectónicas utilizada con la finalidad de evitar el aislamiento de muchas personas mayores que habitan en viviendas muy deterioradas, sin ascensor, sin las condiciones propias de habitabilidad, se precisa hacer cumplir las

---

normativas sobre la supresión de barreras arquitectónicas y el acondicionamiento de las viviendas.

*“Se ha utilizado en dos de los casos analizados”.*

#### ✦ *La pobreza*

La situación económica es precaria en la gran mayoría de los casos estudiados, tal y como se desprende del análisis cuantitativo y también adolecen de la concesión de recursos sociales de la red pública.

Los datos obtenidos en el estudio empírico nos demuestran que el 92,7% de las personas estudiadas perciben una pensión, contributiva o no contributiva y de ellos, el 40,5% corresponde a la jubilación y el 38,0% a la viudedad. El 50,3% de sus ingresos económicos se sitúan entre los 3.000 y 6.000 € anuales (2002). La gran mayoría de los casos estudiados están en situación de precariedad económica, situándose en el límite de la pobreza severa, con todo lo que esto conlleva. Consideramos que esta situación es un problema estructural y social ante el cual se debe actuar a nivel de todo el Estado Español.

La pobreza de la mujer y el hombre mayor se relaciona directamente con la ausencia de oportunidades económicas y autonomía, la falta de acceso a los recursos económicos, incluidos el crédito, la tenencia de la tierra y la herencia, la falta de acceso a la información y los servicios de apoyo y su participación mínima en los procesos de adopción de decisiones.

No se ha encontrado una diferencia significativa entre los ingresos de la persona mayor y el tipo de maltrato (Tabla nº 41).

#### ✦ *La vulnerabilidad y dependencia*

El concepto de vulnerabilidad está estrechamente relacionado con el de *anciano frágil*. Se trata de una persona que está o puede estar en situación de necesitar los servicios de la comunidad ya sea por razón de discapacidad y por lo tanto no poder cuidarse de si mismo o no poder protegerse contra daños o explotaciones significativas.



En los casos analizados en nuestro estudio hemos podido comprobar que el grado de vulnerabilidad es muy elevado puesto que el 96,6% de la muestra presentan algún tipo de vulnerabilidad. Concretamente, la vulnerabilidad física se detecta en un 83,1% de los casos, la vulnerabilidad emocional en el 74,6% y la vulnerabilidad psicológica o mental en un 76,4%.

La vulnerabilidad de las personas mayores está causada por la interacción de diversos factores; la salud física, la salud mental, los problemas cognitivos, el vivir solos o con escaso apoyo social y familiar o convivir con un cónyuge muy mayor o enfermo, vivienda sin condiciones, ancianos que perciben pensiones bajas, así como también la actitud de las personas de su entorno.

Al no tener suficiente información para poder confirmar cuales son los factores de "vulnerabilidad" en la propia persona mayor, estamos condicionados a considerar todas y cada una de las personas mayores como potenciales víctimas de malos tratos y no sólo las más discapacitadas y dependientes. De esta forma está surgiendo la hipótesis inversa, es decir que puede ser la dependencia de la persona que comete el maltrato hacia la víctima, la que más peso pueda tener en la fenomenología de los malos tratos.

El análisis que se ha llevado a cabo par ver las diferencias significativas entre los tres tipos de vulnerabilidad y los distintos tipos de malos tratos, hemos podido observar lo siguiente:

- La vulnerabilidad física presenta una diferencia significativa solamente con la negligencia, con el resto no (Tabla nº 43).
- La vulnerabilidad psíquica también presenta diferencias significativas con la negligencia, con la vulneración de derechos, con el maltrato físico, el maltrato psicológico y el abandono (Tabla nº 44).
- La vulnerabilidad emocional relaciona sus diferencias significativas con el maltrato físico, el abuso económico y el maltrato psicológico (Tabla nº 45).

La elevada vulnerabilidad puede ocasionar que las personas mayores no puedan o no sepan definir por si mismas lo que les ocurre. Sus inquietudes psíquicas y/o emocionales son raras veces detectadas porque no se habla de ellas y por lo tanto no reciben tratamiento adecuado.

Las dificultades de acceso a la evaluación de la problemática y el rechazo a las intervenciones son causadas, en muchos casos, por la propia víctima que no es consciente de la situación y por lo tanto no desea ningún tipo de intervención con una finalidad de ayuda.

*“El señor tiene muchas limitaciones físicas no acepta la ayuda externa, falta de higiene personal y del domicilio” (165).*

La vulnerabilidad y dependencia conducen a la necesidad de delegar en otras personas el hecho de tomar decisiones, de esta forma son otras personas las que pueden decidir sobre aspectos relevantes en la vida de la persona mayor. Hemos podido observar que apenas hay procesos de incapacitación jurídica (3,4%) y por lo tanto, ningún control externo para la persona o personas que toman las decisiones.

*“Negligencia por falta de atención de necesidades básicas de higiene... se hizo un ingreso en un centro sociosanitario pero al cabo de pocos días el sobrino la sacó del centro porque decía se sentía culpable” (135).*

La función de cuidar a una persona mayor en situación de dependencia física o psíquica, es tarea difícil, dura, incomprensible y escasamente compensatoria. Conduce a un gran desgaste personal que llega, en ocasiones, a la claudicación o a su afectación psicológica (estrés). Influye en ello la falta de preparación, de estrategias y habilidades, de estímulo, de soporte, de recursos y de reconocimiento de la tarea que se realiza. Si la situación de ser la persona responsable del cuidado y atención de otra dependiente y mayor, se produce a lo largo de varios años, puede llegar a ocasionar episodios de posibles malos tratos.

Las ABVD se definen como las actividades más elementales de las personas que le permiten la autonomía e independencia básicas. Se identifican con las de autocuidado como: vestirse, comer, aseo e higiene personal y otras. Los expertos puntualizan la dificultad de determinarlas todas ellas.

Las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD) indican la capacidad que tiene la persona para llevar adelante una vida independiente en la comunidad (hablar por teléfono, efectuar compras).

Cabe señalar que ante tanta confusión, la Organización Mundial de la Salud aprobó la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF-2001)* mediante la cual pretende simplificar y unificar terminologías y sistemas de

---

graduación de todos los problemas relacionados con la discapacidad. Así tenemos que las actividades de un individuo las clasifica en nueve grupos:

1º Aprendizaje y aplicación de conocimiento; 2º Tareas y demandas generales; 3º Comunicación; 4º Movilidad; 5º Vida doméstica; 6º Interacciones y relaciones personales; 8º Áreas principales de la vida (educación, trabajo, economía); 9º Vida comunitaria, social y cívica.

De esta forma, un factor de riesgo a tomar en consideración es la posible situación de dependencia, tanto funcional como, psicológica y económica. Puede suceder que la dependencia sea mutua, entre la persona que ejerce el maltrato y la víctima. En ocasiones la persona mayor también ejerce una dependencia emocional hacia el cuidador principal que en ocasiones puede llegar a ser objeto de maltrato. A su vez el estrés que padece el cuidador, provocado en gran manera por su dedicación en la atención y asistencia hacia la persona mayor dependiente, cognitiva o/y físicamente, repercute en posibles acciones de maltrato.

No estamos ante un problema menor, bien al contrario estamos ante un problema que debe tenerse muy en cuenta para atender correctamente la persona frágil, vulnerable y dependiente, con todas sus necesidades, sus deseos y sus expectativas.

### ***10.1.3.2.- Factores de riesgo relacionados con la persona responsable del maltrato***

Entre otros destacamos:

↓ *Cuidador agotado (Burn-out)*

De los datos extraídos de la investigación, podemos decir que las personas responsables del maltrato son frecuentemente los cuidadores (formales o informales) y estos a su vez, en su mayoría familiares de la víctima: en primer lugar los hijos y más concretamente las hijas, seguidos de esposos. Hasta cierto punto esto puede ser normal porque las personas cuidadoras son mujeres y por lo tanto, es posible que con la incorporación paulatina del hombre a la tarea de los cuidados a los ancianos se modifique esta situación.

---

Así pues, la relación entre el responsable del maltrato y la víctima, en un 80,2%, esta centrada en la familia. Que el responsable sea un hijo/a el 56,5% y un 23,7% cuando el responsable es la esposa, el esposo u otros como el yerno.

El cuidador se ha definido como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Según el tipo de relación entre el cuidador y la persona cuidada, se distingue entre formales e informales.

Puede surgir una reacción de agotamiento o estrés cuando percibimos una situación que nos resulta amenazante y que consideramos que nos sobrepasa por no poseer los recursos necesarios para su adecuada superación. Se observa una sensación de irritabilidad y pérdida de energía física, baja autoestima y de ineficacia. Es una sensación que es más fácil de reconocer en otras personas que en uno mismo.

El cuidar puede ser una experiencia satisfactoria, sin embargo, puede ser también una experiencia ingrata y solitaria.

El cuidador cónyuge: Cuando uno de los miembros de la pareja sufre un deterioro de salud y necesita ayuda para las AVD, el cuidador principal suele ser la pareja

*“El marido padece agotamiento como cuidador que le hace provocar negligencias” (135)*

El cuidador hija o hijo: Frecuentemente representa un gran impacto emocional el que los padres no pueden valerse por si mismos, también porque se produce una inversión de roles. Además, es difícil aceptarlo ya que implica un imprevisto en relación a su propio programa de actividades entre los que se incluye la atención de su propia unidad familiar y responsabilidad laboral.

*“La hija se siente desbordada y con mucha ansiedad” (125)*

Recordemos que, según la literatura consultada, uno de los factores de riesgo relacionado con el cuidador como posible agresor, es el de sufrir estrés por cuidar a una persona mayor con deterioro cognitivo y físico, durante un periodo largo de tiempo. Por este motivo hemos analizado la relación entre el hecho de cuidar más de nueve años a una persona en situación de dependencia y los diversos tipos de maltrato, y en ninguno de ellos hemos obtenido alguna diferencia significativa. (Tabla nº 51).

En los últimos años, la figura del cuidador ha empezado a ser reconocida como un elemento clave en el mantenimiento en la comunidad de personas ancianas con o sin discapacidad. La investigación de la persona cuidadora se ha centrado sobre todo en la cantidad de carga y el distrés emocional que comporta la situación de cuidado. Respecto a la detección del cuidador en situación de riesgo, van den Heuvel (2001) identifica como cuidadores con alta probabilidad de presentar el síndrome burn-out (quemado) a: mujeres jóvenes cuidadoras, cuidadores con una salud física pobre y cuidadores de personas con déficit severos. Teniendo en cuenta la limitación de recursos públicos disponibles, es importante seleccionar a aquellos cuidadores que pudieran beneficiarse de programas de apoyo.

En el ámbito de la política social y sanitaria, deberían desarrollarse programas de tipo *Social problem-solving therapy* que, como su nombre indica, consisten en terapias de solución de problemas dirigidos a mejorar el bienestar de los cuidadores familiares. En esta línea de trabajo, programas de intervención telefónica como el descrito por Grant (1999), cursos de formación, programas de intervención social, de atención médica y psicológica para cuidadores, podrían repercutir de manera muy positiva en mejorar la calidad de vida en términos de salud física, emocional o de participación social.

Llegados a este punto nos planteamos una misión compleja, como es la de poder disociar las responsabilidades colectivas y las individuales del maltrato cometido. Así, será más útil, primero llegar a conocer la razón del maltrato y luego exponer la cuestión de la responsabilidad en función de la culpabilidad que le sea inherente. ¿Porqué no se exige a las personas cuidadoras (formales o no) de las personas mayores tener un aprendizaje y generar unas habilidades para aplicar los buenos trato? ¿Porqué no se dota de medios necesarios (formativos, recursos) a las instituciones para potenciar el buen trato?

No es posible separar los acontecimientos del contexto en el que se producen.

Los elementos que componen la tabla nº 63 informan sobre las circunstancias que comportan atribución de culpabilidad, bien sea a la institución, al individuo o a ambos a la vez, así como las observaciones y proposiciones correspondientes a cada una de ellas.

Se pone de manifiesto la necesidad de disponer de una efectiva base de partida o punto de inicio, fundamentado en una formación continuada que incluya la comprensión y la gestión del riesgo. Asimismo, conviene determinar los límites que no se deben traspasar; este es el objetivo de las diferentes Cartas de los Derechos de las

personas mayores. Es importante que la organización de las tareas, bien sea en una institución o en un domicilio, debe ser respetuosa con los colaboradores, con los miembros de la familia y con la colectividad.

Tabla nº 63. Responsabilidad colectiva o individual

<b>Situación</b>	<b>Responsabilidad colectiva o Institucional</b>	<b>Responsabilidad individual</b>	<b>Observaciones y proposiciones</b>
<b>Aspectos personales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir en lugar de la persona mayor</li> <li>• Utilizar el silencio como rechazo hacia la persona mayor.</li> <li>• Falta de escucha</li> <li>• No respetar la intimidad</li> <li>• No entender el dolor de la persona mayor</li> </ul>	<p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X X</p> <p style="text-align: center;">X X</p> <p style="text-align: center;">X X</p> <p style="text-align: center;">X X</p>	<p>Se deben clarificar los principios de autonomía y de dependencia.</p> <p>El silencio, a menudo, hierde más que las palabras.</p> <p>Trabajar sobre la escucha activa.</p> <p>Controlar la disposición de los espacios.</p> <p>Conocer el esquema corporal con las zonas dolorosas.</p>
<b>El ostracismo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apartar a una persona que no resulta grata.</li> <li>• Humillar, falta de respeto.</li> <li>• No ocuparse de alguien.</li> </ul>	XX	XX	<p>Organizar reuniones de grupo.</p> <p>Llevar a cabo juegos de roles: hacer vivir las humillaciones experimentadas.</p>
<b>Actitudes verbales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenazas, chantajes, tono de voz brusco, tuteo, etc.</li> </ul>	X	XX	Trabajar los aspectos de la comunicación: el tuteo debe ser autorizado por la persona...
<b>Agresiones físicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia física, quemaduras, golpes, etc.</li> </ul>	X	XX	Responsabilidad de los mandos del centro. Situaciones que deben ser anticipadas y no negadas.
<b>Contenciones físicas o/y farmacológicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenciones no prescritas</li> <li>• Contención arquitectónica (lugares inadecuados)</li> </ul>	XX	X	<p>Aspecto muy debatido en la actualidad.</p> <p>La prescripción se basa en recomendaciones y no en una obligación legal. Hay poca precisión.</p>
	XX	---	

Fuente: elaboración propia

✚ *Trastornos mentales, emocionales y psiquiátricos. Problemas de drogadicción*

Como características específicas de las personas que ocasionan los malos tratos, se destaca en primer lugar con un 44'9%, el hecho de padecer trastornos mentales, emocionales o/y psiquiátricos.

La depresión con 24 casos es el trastorno más nombrado por los profesionales colaboradores de nuestro estudio.

*“Ella es depresiva y vive con un sobrino de su difunto esposo también con depresión” (152).*

La enfermedad mental también aparece en los relatos.

*“Hijo que en situaciones de crisis mental maltrata física y psíquicamente a su madre” (133).*

Este apartado se refiere a situaciones de hijos que se han quedado a vivir con los padres o bien que, por circunstancias conflictivas o problemáticas, han vuelto a la casa paterna. Estos aspectos incrementan el riesgo de padecer malos tratos.

*“No son conscientes de su problemática de salud mental” (132).*

Una vez analizados los datos obtenidos de la relación entre todos los tipos de maltrato con los trastornos mentales, emocionales y psiquiátricos, podemos observar que surgen diferencias significativas entre el maltrato físico, el maltrato psicológico y la vulneración de derechos (tabla nº 46).

También en la tabla nº 47 podemos observar que los problemas de drogadicción y los diversos tipos de maltrato se relacionan significativamente con el físico, el psicológico, el abuso económico y la negligencia.

De esta forma vemos que los resultados del estudio, coinciden con los de la literatura consultada, al describir como factor de riesgo probable aquella situación en la que un familiar que padece una enfermedad mental (esquizofrenia, paranoia, depresión), debe hacerse cargo de una persona mayor dependiente con todo el riesgo que esta situación puede llegar a comportar. No obstante, pensamos que debemos obtener más datos, con más investigaciones para llegar a conclusiones más definitivas.

↓ *Poca preparación para cuidar a un enfermo*

El hecho de no tener preparación mediante formación e información, así como la falta de habilidades y estrategias para hacer frente a la función de cuidar un enfermo, en este caso persona mayor, alcanza un 34,3% de la muestra.

Tal como nos indica la tabla nº 48 de todos los tipos de maltrato solamente el de negligencia presenta una diferencia significativa respecto el no tener preparación para cuidar de un enfermo. Con los pocos datos de que disponemos escasamente se puede identificar o diseccionar con rigurosidad, si se comete negligencia por falta de preparación o si se solapan aspectos como crisis personales del cuidador y otros.

Todo ello nos sugiere la posibilidad de la intencionalidad o no del maltrato. Cabe recordar que la no intencionalidad no exime de la culpabilidad del maltrato, pero sí de la responsabilidad. Lo que puede causar el maltrato involuntario es la incomprensión de la demanda, la fatiga causada por una mala o inadecuada utilización de los cambios de personalidad, la actitud y otros aspectos de la persona mayor frágil. El estrés que ocasiona no saber si aquello que hacemos es lo que la otra persona quiere; la respuesta incongruente del paciente, puesto que la comunicación no funciona. Todo ello ocasiona una situación grave que puede llegar a tener consecuencias de abandono e incluso de muerte.

Los distintos abusos pueden ser por falta de preparación o de la incapacidad para tener cuidado o atención de la otra persona.

*“Señora con un 100% de disminución que depende de su marido totalmente. El tiene un 78% de disminución y no puede ofrecerle la atención necesaria”(142)*

Evidentemente el soporte formal o informal es fundamental para aquellas situaciones en que encontramos que el cuidador de la persona mayor frágil o vulnerable es el cónyuge anciano de igual o más edad que la persona que debe atender. Tal y como se refleja en el estudio, en esta situación se encuentra un 41.1% de la muestra en la que el cuidador es la pareja y en el intervalo de edad superior a los 76 años encontramos un 19,8%.

Estamos ante datos muy reveladores y reconocemos que este aspecto no es frecuente que se refleje en la literatura. Se suele mencionar especialmente el cuidador formal o informal pero como persona adulta, no como persona cuidadora anciana.



Existen también criterios de incomprensión. En efecto, es muy difícil después de tantos años de vida en común, comprender que el cónyuge tenga alteraciones prácticas (alteración de los movimientos), dificultades para reconocer objetos (agnosia) y sobre todo llegar a saber y entender que las respuestas dadas por la persona enferma están unidas a la patología y no a un cambio de carácter o a una dificultad de comprensión recíproca.

¿Hasta que punto se le puede pedir a una persona mayor que se haga responsable de la atención que requiere su cónyuge o su hermano enfermo?

*“Las dos hijas delegan todas las tareas de cuidado al padre que es mayor y tiene problemas de salud” (162).*

La información ayuda a no desesperarse y a poder tomar decisiones con ecuanimidad. Se han de evitar sentimientos de aislamiento y de soledad, pero difícilmente lo lograrán por ellos mismos. Van a necesitar la ayuda de otros, en especial la de los profesionales. Así tenemos que es de capital importancia establecer una relación abierta y confiada con el médico, psicólogo, trabajador social y asociaciones de afectados. Este equipo de profesionales ha de proporcionar los medios para suprimir los obstáculos que en cada caso existan para mantener los contactos sociales. Se ha de velar por el bienestar de las personas que se responsabilizan de la atención a lo largo de tantos años de cuidados.

#### ↓ Dependencia económica

El ser económicamente dependiente de la víctima ha quedado reflejado en un 11,8% de la muestra.

Mediante la tabla de resultados nº 50 constatamos que existe una relación significativa entre la dependencia económica de las víctimas de nuestro estudio con diversos tipos de maltrato, concretamente con; el maltrato físico, el maltrato psicológico, el abuso económico y la autonegligencia. Estos datos nos aproximan a los obtenidos por autores como Greenberg et al (1990) los cuales encontraron en sus investigaciones que un elevado porcentaje de agresores eran dependientes económicamente de las víctimas.

*“Chantaje y amenazas de la hija para conseguir dinero de la madre” (105).*

*“El nieto abandonó a la abuela y antes le hizo firmar la donación de todos sus bienes” (145).*

Todo ello nos hace reflexionar que, no solamente están en situación de padecer abuso económico aquellas personas que disponen de bienes e inmuebles, sino que, en nuestro estudio, con situaciones de economía precaria también se da este tipo de abuso. La vivienda juega un papel esencial en todo ello. Consideremos también el abuso económico que se da en nuestro contexto, es decir en el medio estructural, denominado mobbing inmobiliario (acoso inmobiliario), comentado en el capítulo 2 apartado 2.8.3.1.

*“El administrador le hizo la vida imposible para que la persona se fuera” (161).*

Un estudio llevado a cabo en Colombia-Britanica (Canadá) llamado Notary Study por Spencer (1996), dio alguna luz sobre el tema del abuso económico afirmando que era la forma más común de explotación del país. Mediante una muestra aleatoria de doscientas personas mayores elegidas de las listas del padrón de habitantes se constató que alrededor del 8% de personas respondieron haber padecido explotación financiera después de los 60 años. Igualmente susceptibles hombres que mujeres. Las hijas eran las que más ejercían el abuso. La topología de abuso más frecuente fue la de las transacciones inmobiliarias (cesión de derechos de una propiedad).

#### ✦ *Problemas de conflictos no resueltos y violencia familiar*

Los datos del estudio nos aportan que un 27,4% de la muestra confirman tener problemas de conflictos personales con la víctima.

Una vez establecida la relación entre los diversos tipos de maltrato y el factor de problemas de conflictos personales entre el agresor y la víctima, hemos hallado resultados significativos especialmente por lo que respecta al maltrato psicológico, maltrato físico, autonegligencia, abuso económico y negligencia Tabla nº

*“Es una negligencia consentida por parte de los hijos que no hacen nada, el que vive con ellos lo hace por venganza de los que le hicieron pasar a él...” (2).*

*“La hija vive muy mal el tener que hacerse cargo de la madre después de tantos años de mala relación” (176).*

Cuando una persona no se siente capaz de hacer alguna cosa, puede sentirse culpable por su incapacidad. La culpabilidad es un sentimiento complejo. Puede contener diversas emociones de las que algunas están profundamente enmascaradas como el miedo, la tristeza, la rabia. El envejecimiento de los padres introduce

alteraciones en las relaciones familiares frecuentemente detectables por los cambios psíquicos de los padres y también de los hijos. Es entonces cuando la culpabilidad se instala por no poder manifestar su melancolía, sus miedos, su rabia.

Se puede dar el hecho de que los familiares (hijos, hermanos) que no conviven en la vivienda dónde sucede el maltrato se desvinculen y se desentiendan totalmente del problema.

*“Señor que hace 10 años que cuida de su mujer la cual padece una gran disminución. Consideramos que por parte de los hijos (4) se da una negligencia al no dar soporte a su padre para cuidar a su esposa” (135).*

Los hijos y familiares colaboran puntualmente para resolver los problemas planteados, pero delegan y eluden sus responsabilidades traspasándolas, en última instancia, a los servicios sociales.

*“La hija dice explícitamente que no quiere que se cuente con ella para nada, lo cual provoca un sufrimiento emocional en la señora” (36).*

La idea de que los hijos deben hacerlo todo por sus padres está profundamente anclada en la representación colectiva. Por otro lado los padres reivindican la presencia o una ayuda muy importante de los hijos. Sabemos que las personas mayores, ante el miedo a ser abandonadas pueden ser reactivas y acrecentar la dependencia afectiva y la dificultad para soportar la frustración (la muestra de nuestro estudio alcanza un 76,4% de vulnerabilidad emocional).

Conocemos también que hay padres que proyectan sobre uno o varios hijos toda la carga negativa, despreciativa y depresiva que ellos conllevan. Por ejemplo, madres envejecidas que no soportan su resentimiento y quieren culpabilizar a su hija a ultranza, con palabras ácidas regularmente incluidas en sus conversaciones: “cuando esté muerta”, “no te molestaré por mucho tiempo”, “hay hijas que van a ver a sus madres todos los días”...

La historia de violencia intrafamiliar y los conflictos no resueltos entre la persona mayor y la persona familiar que la atiende tienen una gran relevancia y deberían ser tratados mediante acciones mediadoras, puesto que en ocasiones el diálogo y la comunicación ejercerían una función preventiva y reducirían los riesgos de poder padecer malos tratos.

El hecho de pasar por acontecimientos vitales que generan situación de crisis como, un divorcio, paro laboral, un proceso duelo, una enfermedad u otros, lo experimenta un 24,2% de los posibles agresores de la muestra.

*“El señor padece depresión a causa de los malos tratos sufridos por su propia mujer y de la consecuente separación, hecho que ha provocado la fractura de todas las relaciones familiares” (57).*

No obstante, habiendo analizado si existen diferencias significativas en relación a los diversos tipos de maltrato, se ha observado que no existe en ningún caso una asociación entre los malos tratos y las crisis personales del posible agresor (tabla nº 52).

#### ✚ *Pobre relación interpersonal con la víctima*

La pobre relación interpersonal agresor-víctima alcanza un 18,0% de la muestra estudiada. Así mismo, en la tabla nº 56 podemos observar que analizando este factor y buscando diferencias con las distintas tipologías de maltrato, obtenemos una significación respecto el maltrato por negligencia, el maltrato psicológico y la autonegligencia.

*“La relación entre madre, hijo y nuera ha sido muy mala desde siempre” (178).*

*“Desde que los hijos eran pequeños explican la existencia de incomprensión, falta de afecto, riñas entre los miembros de la familia” (57).*

Para tener una relación de calidad con los padres, es necesario no ser negligentes con su vida, con sus necesidades. Se considera fundamental proporcionar aquellas cosas a las que podemos acceder y diferenciar claramente lo que no podemos proporcionar. Separar aquello que sería deseable según la norma social, de lo que realmente deseamos y podemos ofrecer. Se debe tener claro qué tipo de relación se desea tener con los padres, en función de la historia de vida y de los lazos afectivos mantenidos a lo largo de los años.

Por otra parte, se intuye una disminución de la tolerancia por el cuidado a través de una falta de disposición en las familias, en el momento de planificar o bien organizar el tiempo de su vida personal para dedicarlo a la atención de un familiar anciano.

*“Las dos hijas delegan todas las tareas de cuidador a su padre que es muy mayor y con problemas de salud” (162)*

Hacer una selección de las emociones, atreverse a ir poco a poco conociendo lo que sucede, puede ser el primer paso. Es importante no ir más allá de lo que permiten las propias limitaciones. Los resentimientos inconscientes, la fatiga, las cosas no dichas, tienen el riesgo de acumularse y pueden deteriorar la relación. Los padres tendrán la sensación de que no hay respuesta a sus necesidades, ni a sus llamadas de atención y sentirán confusión. Hay peligro de que se establezca un círculo vicioso en el que la relación no sea buena.

En el capítulo segundo (apartado 2.8.1.) se relaciona el grado de preocupación y de tensión que surge en el seno de las familias en relación al sentido moral de la obligación que tienen los hijos de atender a los padres.

Ahora bien, ante una situación de dependencia y vejez, todos estos planteamientos se agitan, renuevan y surgen interrogantes como: ¿hago todo lo necesario por mis padres?, ¿alguien puede pensar que soy un mal hijo?, “os aseguro que yo hago todo lo que puedo y más por mis padres”, “mi madre me pone nerviosa y sé que no debería porque tiene muchos años...” Surge también una necesidad de justificación, de excusa, de no ser juzgado por los demás (familia, amigos, vecinos), de culpabilidad en definitiva.

Ante situaciones de dependencia física o cognitiva de los padres, los hijos suelen enfrentarse a unos cambios de: relaciones, económicos, dedicación de tiempo, reorganización familiar los cuales pueden generar situaciones de estrés.

La decisión de ingreso en una institución (residencia, sociosanitario, centro de día) de los padres se vive como una acción reprochable, la sociedad lo recrimina considerando que es una forma de abandono y este hecho ocasiona un trauma psicológico importante para los hijos. La creación y puesta en funcionamiento de grupos de ayuda mutua para estas situaciones ayudaría en gran manera a estos hijos a superar este trauma.

**10.1.4.- OBJETIVO 4**

*Conocer la existencia y aplicabilidad de la red pública de servicios sociales, sociosanitarios, de salud y jurídicos que pueden acceder las personas mayores en situación de maltrato familiar.*

Mediante los resultados del estudio se puede observar que existe una desproporción importante entre, la oferta de servicios sociales, sociosanitarios y jurídicos (servicios, centros y prestaciones de la red básica de responsabilidad pública) y la utilización real de los mismos (Tabla nº 31).

Los profesionales colaboradores, al responder a la pregunta nº 47 la cual, se centraba en describir las intervenciones llevadas a cabo en relación a los casos de maltrato presentados, han descrito como los más utilizados dos recursos sociales que destacan sobre el resto de recursos existentes. Nos referimos a la ayuda a domicilio con sus diversas prestaciones (trabajador/a familiar, servicio de telealarma, comida a domicilio, limpieza de choque, entre otros), y a las residencias. Este hecho es un reflejo de la realidad de la política social de nuestro país, que a pesar de conocer los deseos de las personas mayores de permanecer en sus domicilios y en su entorno, la idea central se sitúa en potenciar la ampliación de plazas residenciales en detrimento de otras alternativas como pueden ser, los centros de día, pisos tutelados y, especialmente, mayor dotación de toda la gama de servicios domiciliarios.

Considerando la información ofrecida en el capítulo 8 (Tabla nº 19), se puede comprobar la existencia de una red de recursos de servicios sociales, de salud (sociosanitarios) y jurídicos, tanto públicos como privados, bien diseñada y que, en principio, puede dar la sensación de que el grupo de población de personas mayores está bien dotado de recursos. Ahora bien, la realidad de nuestro estudio nos demuestra que la red de recursos existente está escasamente extendida y potenciada (las partidas presupuestarias son deficientes), lo cual ocasiona grandes retrasos en poder beneficiarse de ellos y por lo tanto no alcanzan a cubrir las necesidades más básicas de las personas en el preciso momento en que los precisan.

En varios de los casos analizados, se ha comprobado que la persona objeto de maltrato, estaba esperando desde hacía cinco meses la aprobación o/y concesión de un servicio de ayuda a domicilio. La cuestión a plantear es ¿cómo puede suceder que

---

un servicio básico de responsabilidad pública no llegue a la población necesitada que cumple los criterios establecidos para su concesión?

Por otro lado, es importante destacar que la falta de recursos sociales de soporte al cuidador reflejada con un 84,8%, estamos ante un dato espectacular y a la vez muy preocupante. Podemos establecer una relación de este aspecto con la diferencia significativa encontrada entre el cuidador agotado y le maltrato por negligencia y la vulneración de derechos (Tabla nº 53).

Por el momento, la realidad de nuestro país es que apenas existen servicios o recursos especializados que atiendan y traten situaciones de maltrato dónde la víctima sea una persona mayor. Los protocolos de violencia doméstica aplicados en el ámbito de la salud están diseñados teniendo en cuenta más a la población víctima de género y de menores, que de personas mayores. Cabe decir que actualmente se está trabajando para modificar esta situación y se están elaborando protocolos específicos para abordar el maltrato en personas mayores.

Así pues, podemos también afirmar que los recursos, servicios y programas dirigidos a las personas en situación de maltrato no se adaptan a las circunstancias y características propias de las personas mayores maltratadas. Los actuales dispositivos establecidos para abordar el tema de la violencia de género no están diseñados, ni cubren las necesidades de las personas mayores maltratadas, aunque éstas sean mujeres.

Tal y como refleja la tabla nº 31 no todos los recursos existentes (comunidad autónoma de Cataluña) han sido utilizados con la misma intensidad en los casos estudiados. Tomemos como ejemplo uno de ellos, el servicio de *acogida familiar* considerado muy positivo, y que curiosamente, no se ha aplicado en ninguno de los casos de maltrato del estudio. Esta opción, en relación con la situación de los malos tratos a las personas mayores, se considera beneficiosa por los siguientes motivos;

- ↓ Aleja a la víctima de la persona que lleva a cabo el maltrato.
- ↓ Las víctimas conviven con otras personas que les dan apoyo sustitutivo de la vida familiar.
- ↓ Evita la soledad y el aislamiento social, reduciendo entre otros el riesgo de depresión o suicidio después de una situación postraumática.

- ✚ Se pueden efectuar otras acciones legales, con la tranquilidad para la persona maltratada de no estar dentro del círculo de influencia de la persona que causa el maltrato y teniendo el apoyo mencionado de las personas con las que convive.
- ✚ El hecho de dejar de estar dominado o bajo presión, provoca que se dé más información a los servicios sociales y jurídicos.

Cabe decir que es un programa escasamente desarrollado y potenciado en Cataluña, por parte de la administración pública responsable de su implementación.

De los casos 178 casos estudiados en ninguno se ha solicitado formalmente la demanda de una pensión de alimentos, de esta forma la víctima queda totalmente a expensas de la persona que comete el maltrato. En Cataluña se recoge en el Código de Familia, ley 9/1998, de 15 de julio.

Veamos cuáles pueden ser los posibles motivos de la ausencia de reclamación de la pensión de alimentos. Entre otros podemos destacar:

- ✚ La falta de información acerca de la existencia de este recurso, tanto por parte de las mismas personas mayores como de los profesionales que los atienden, puesto que su aplicación en algunos casos permitiría no compartir la vivienda con el familiar que comete la negligencia y por lo tanto se podría intentar evitar la situación de maltrato.
- ✚ Otro motivo es cultural y no jurídico. En algunos casos, una vez que los profesionales han informado a la persona mayor de la posibilidad de reclamar alimentos, ésta se niega rotundamente debido a que el hecho de dirigir una acción judicial contra un familiar, en este caso de padres a hijos, provoca vergüenza y un sentido de protección mal comprendida, viviendo el hecho como si éste fuese contra el concepto de familia que han promovido a lo largo de toda su vida. Consecuentemente al final no presentan la demanda.
- ✚ La lentitud de todo el proceso judicial puede ser otra de las causas puesto que mientras se tramita, la persona que reclama ha de continuar conviviendo con la persona que comete la negligencia o el maltrato, circunstancia ésta que puede agravar la situación.
- ✚ Finalmente, la persona informada y decidida choca con otra posible adversidad. La opción que tiene el alimentante de satisfacer la pensión con dinero o bien acogiéndolo y manteniéndolo en su casa, con lo cual si antes se producían malos tratos, posiblemente estos empeoren después de este



proceso judicial. Cabe la posibilidad de oponerse cuando la convivencia es inviable, pero esto tiene una muy difícil justificación por parte de la persona que sufre maltrato.

Tampoco la autotutela, considerada como una medida preventiva que se utiliza para determinar previamente quien ocupará el lugar del tutor o del curador, según los deseos de la persona que la redacta y como un acto de autodeterminación.

*“No se menciona en ningún caso del estudio”.*

Las voluntades anticipadas (Testamento Vital) Es otra medida preventiva centrada en el ámbito sanitario, relacionado con los deseos de la persona sobre los tratamientos que quiere recibir y los que no, en una situación irreversible y terminal

*“No se menciona en ningún caso del estudio”*

Otro de los recursos jurídicos que tenemos a nuestro alcance es la incapacidad judicial, considerada como una medida de protección importante, frente a situaciones de personas con alta vulnerabilidad, como es la mayor parte de nuestra muestra de estudio. A pesar de todo ha sido un recurso escasamente aplicado.

*“Uno de los hijos aceptó ser el tutor de su hermano, pero justo después de haber aceptado no va a visitar ni a su madre ni a su hermano. Los dos han necesitado atención médica urgente y nunca se ha presentado el tutor ni se ha interesado”.*

Considerando los datos obtenidos en el estudio, según los cuales, un 5'6% de los casos de personas mayores maltratadas han presentado denuncia, nos descubre todo un espacio lleno de incógnitas e interrogantes y una realidad patente, la de que las personas mayores no suelen presentar denuncia alguna.

Se suele afirmar que el primer paso para salir de la violencia es formalizar la denuncia. Después de nuestros resultados pensamos que esta hipótesis no puede sostenerse como tal, al contrario podemos considerar que en lo referente a los malos tratos a personas mayores, la denuncia no es el primer paso para salir de la situación de violencia.

Ahora bien, constatamos que en España las denuncias por violencia en el ámbito familiar aumentan de año a año. En 2004 se registraron 99.111, un 29,17% más que en 2003 según datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del

Consejo General del Poder Judicial. Si sólo se tienen en cuenta las denuncias por maltrato presentadas por mujeres contra su pareja o ex pareja masculina, la cifra asciende a 57.527 denuncias, un 15% más que en 2003, según el Instituto de la Mujer, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

**Tabla nº 64**  
**Violencia contra las mujeres. Las denuncias en Cataluña**

<b>AÑO</b>	<b>Ministerio del Interior</b>	<b>Mossos d'Esquadra</b>	<b>TOTAL</b>
2000	2.593	969	<b>3.562</b>
2001	2.530	1.733	<b>4.263</b>
2002	5.113	2.340	<b>7.453</b>
2003	5.187	4.621	<b>9.808</b>
2004	5.611	7.631	<b>13.242</b>

*Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio del Interior y del Departamento del Interior de la Generalitat de Cataluña (Mossos d'Esquadra)*

El circuito de acceso a la red de servicios sociales y de salud, las gestiones y las tramitaciones judiciales (incapacidad legal, denuncia), necesitan ser dotados de más operatividad y más sensibilidad hacia los malos tratos a las personas mayores. Ha quedado patente que la solicitud de un servicio de soporte domiciliario tan básico como es la ayuda de un trabajador familiar para poder cubrir una situación de urgencia, está pendiente (6 meses) de concesión. Considerando que este servicio forma parte de la red básica de responsabilidad pública de servicios sociales. Estos comentarios se extraen de las aportaciones de los profesionales que asisten a las sesiones de formación sobre los malos tratos a ancianos.

*“Desde que se lleva a cabo un trámite de ingreso en residencia hasta que se concede, en muchas ocasiones, el anciano ya ha fallecido” (opinión de un profesional colaborador)*

A todo ello nos cabe añadir que los circuitos legales, sanitarios y sociales se coordinan de forma poco ágil y en muchas ocasiones nada efectiva. En el análisis de contenido queda reflejado que se llevan a cabo coordinaciones y derivaciones entre los diferentes servicios (39 casos coordinados y derivados), no obstante, no se llegan a plantear estrategias de intervención conjunta.

Un aspecto que puede influir en ello es la sectorización y la transinstitucionalización, puesto que los profesionales que tratan las situaciones de maltrato desde las

---

diferentes disciplinas lo hacen desde su propia visión y en muchos casos dejan de hacer el seguimiento una vez derivan de un servicio a otro.

Tanto las acciones que se llevan a cabo a nivel internacional como en distintos países donde se han ido desarrollando iniciativas muy diversas, centradas en la prevención y en la intervención de situaciones de maltrato a personas mayores, a un nivel local o regional, aportando pequeños pero sucesivos avances en el terreno de la investigación, van siendo cada día más relevantes. Algunos ejemplos: en Estados Unidos disponen de un centro nacional dedicado a la lucha contra la violencia y la negligencia hacia las personas mayores con autoridad en todos los estados (NCEA). Canadá está en vías de poner en marcha un organismo nacional que será la puerta de entrada para llevar a cabo actividades de tipo formativo, educacional, de investigación, sensibilización, todo ello mediante programas nacionales, con acciones coordinadas y todos estos esfuerzos encaminados a erradicar los malos tratos que afectan a las personas mayores. En Francia funciona desde el año 1995 un teléfono (Allô-Maltraitance des personnes âgées) para atender demandas de casos de malos tratos a personas mayores, con servicio extendido en todo el territorio nacional.

Referente a España, en estos momentos estamos situados en el primer escalón del fenómeno, es decir, en la fase de aparición del problema. Nos dirigimos al segundo escalón en el que se trata de legitimar y movilizar el tema mediante medidas y acciones que nos permita llegar a la ejecución. Un ejemplo de este momento es la paulatina presentación de diferentes guías y protocolos de actuación, tanto en el ámbito de la salud como de servicios sociales, con la finalidad de dar respuesta a la demanda expresada por los profesionales (Capítulo 5, apartado 5.3). Se están haciendo pequeños avances desde los servicios públicos.

Mencionamos a continuación las acciones más relevantes:

- ✦ El Plan de Acción para las personas mayores (2003-07) presentado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO), aprobado por el Consejo de Ministros de 29 de agosto de 2003. Su relevancia estriba en que, por primera vez, un documento tan representativo contempla una estrategia centrada en el desarrollo de programas que faciliten la detección, la evaluación y la erradicación del maltrato a las personas mayores, tanto en el ámbito familiar como institucional y social. Todo ello aplicado mediante propuestas de distintas medidas, entidades colaboradoras y temporalización.

---

↓ En ocho comunidades autónomas: Andalucía, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia, Guipúzcoa, Madrid y Valencia, se presta un servicio telefónico para atender denuncias respecto a situaciones de maltrato. Presentamos tres ejemplos:

- El Instituto Andaluz de Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, desde 1999, presta un servicio público y gratuito mediante el Teléfono del Maltrato al Mayor (900 858381) y pone a disposición de los ciudadanos un instrumento para denunciar situaciones de riesgo que afecten al grupo de personas mayores.
- La Conserjería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura dispone de un Teléfono de Atención al Mayor (900 847070) gratuito como instrumento público para recoger denuncias de problemas que afecten a los derechos de los mayores y de información sobre servicios sociales para personas mayores.
- Conselleria de Benestar Social de la Generalitat Valenciana dispone de un teléfono gratuito *Teléfono del mayor* (900 100011) para recoger situaciones de necesidad de las personas mayores.

El resto de CCAA que disponen de este servicio telefónico funciona de forma similar a los ejemplos expuestos. El circuito que se suele seguir es que, una vez detectada la necesidad o situación problema, el caso es derivado a los departamentos de servicios sociales del sector territorial que le corresponda a la persona afectada.

Ante todo lo expuesto se puede afirmar que de forma urgente, se precisan servicios y equipos especializados para atender situaciones de malos tratos en personas mayores y que sin estas estructuras no se puede llevar a cabo una intervención adecuada.

### 10.1.5.- OBJETIVO 5

*Obtener un fondo de datos que ayude y estimule a proseguir, mediante investigaciones futuras, un camino tan inexplorado como es el fenómeno de los malos tratos que padecen las personas mayores. De esta forma, se conseguirá avanzar en la construcción de modelos etiológicos y consecuentemente en modelos de intervención interdisciplinar (protocolos de detección y de acción).*

Los profesionales colaboradores del estudio han expresado unánimemente la falta de formación específica sobre esta problemática y que la mayoría de ellos trabajan por inercia e intuición. De esta forma, la falta de información, conocimientos, habilidades e instrumentos adecuados, es causa de un gran debate centrado en el cómo y el cuándo se debe definir que estamos ante una situación de maltrato a una persona mayor. La disyuntiva de si será o no será maltrato, es una preocupación constante y a la vez angustiada para el profesional. Ocurre que los profesionales que están implicados en el abordaje de los malos tratos a las personas mayores, en su gran mayoría no han recibido formación específica sobre el tema. En definitiva se reconoce abiertamente que es necesario un conocimiento teórico respecto las definiciones, tipologías, indicadores y factores de riesgo, así como una sensibilización para implicar a todos los profesionales en una línea de trabajo integral.

El tema central de nuestra investigación interesa y a la vez preocupa enormemente a los profesionales tanto de la salud como de los servicios sociales que han colaborado con la aportación de datos, pero a su vez también lo perciben como una sobrecarga de funciones en su tarea cotidiana ya muy saturada de actividad. Así pues, este segundo elemento nos hace pensar que ésta sea la causa de ciertas reticencias percibidas en el momento de solicitar su colaboración.

De las observaciones recogidas entre los propios profesionales, se ha podido comprobar que el trabajo en equipo multidisciplinar (con modelo interdisciplinar) respecto a esta problemática es prácticamente nulo, especialmente entre centros de salud y de servicios sociales y entre las diversas disciplinas que pueden intervenir. No existe ningún equipo interdisciplinar especializado en malos tratos a los mayores para poder, entre otras funciones, intervenir mediante estrategias conjuntas y de una forma adecuada, en los casos detectados.

---

Se hace necesario que se reorganicen los distintos servicios sociales y de salud, mediante nuevas estrategias como pueden ser la transversalidad, el trabajo en red, dinámicas participativas, calidad de los servicios, coproducción de servicios, servicios personalizados y competitivos, entre otras. Todas ellas han de centrarse en una atención integral.

La formación especializada y permanente es una exigencia de nuestro tiempo. Desde todos los foros nacionales e internacionales, en congresos, seminarios, asambleas, etc. que se ocupan de la atención cualificada e integral a las personas mayores, se reclama la formación de los profesionales de los servicios sociales y de los sanitarios como una prioridad estratégica, para una correcta atención a los usuarios de estos servicios.

De una forma inicial, mediante la información reflejada en la tesis contribuimos con la aportación de un marco teórico y conceptual, también con una base de datos, cuantitativos y cualitativos, para ponerlos a disposición de la comunidad científica y estimular a estudiosos del tema a que se continúe y profundice en éste fenómeno tan oculto de los malos tratos a las personas mayores

#### **10.1.6.- Las hipótesis**

Tal como se ha expuesto en el capítulo 4 (Ap. 4.1.1), por el momento no disponemos de evidencias que nos muestren cuáles son los factores que colocan a una persona mayor en una situación de riesgo. La correlación entre un factor de riesgo y las causas del maltrato en personas mayores no ha sido todavía demostrada. La causa de esta ausencia es la falta de estudios rigurosos sobre esta problemática, especialmente por la no utilización de los grupos control. La investigación está llena de contradicciones. Ahora bien, en diversos estudios hallamos que existe un intento de poder establecer relaciones entre los distintos tipos de maltrato y la presencia de factores de riesgo

Considerando y tomando como punto de partida que la hipótesis es un planteamiento o supuesto que busca comprobar o refutar, mediante las normas establecidas por el método científico y que debe estar directamente relacionada con el marco teórico de la investigación y derivarse de él, pasamos a plantear las siguientes hipótesis exploratorias.

## HIPÓTESIS 1

*Detectar la posible relación entre factores de riesgo y aparición de maltrato en las personas mayores.*

De los datos obtenidos mediante la aportación de casos de maltrato a personas mayores por parte de los profesionales podemos observar, con las reservas oportunas, los siguientes resultados respecto la relación significativa entre los factores de riesgo y la existencia de maltrato en las personas mayores del estudio.

Estos son:

- *La edad de la víctima* (edad media 83,5 años) con el abandono están relacionadas ( $p < 0.05$ ). No así con el resto de tipologías.
- *La convivencia* se encuentra altamente relacionada ( $p < 0.001$ ) con el maltrato económico y ( $p < 0.01$ ) con el maltrato físico.
- *El estado civil* está significativamente relacionado ( $p < 0.05$ ) solamente con el maltrato económico.
- *La vulnerabilidad física* presenta una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) en relación al maltrato por negligencia.
- *La vulnerabilidad psíquica* presenta una diferencia altamente significativa ( $p < 0.001$ ) con la negligencia y la vulneración de derechos. También, se han encontrado diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) respecto el maltrato físico, el maltrato psicológico y el abandono.
- *La vulnerabilidad emocional* presenta una diferencia altamente significativa ( $p < 0.001$ ) respecto el maltrato físico. También con el maltrato económico ( $p < 0.01$ ) y con el maltrato psicológico ( $p < 0.05$ )

Con el resto de factores de riesgo estudiados, relacionados con la víctima como son el género y los ingresos económicos, no han aportado diferencias que puedan ser consideradas como significativas.

En la literatura actual consultada encontramos que se ha debatido mucho respecto la relación que pueda existir entre la vulnerabilidad de la persona mayor y el maltrato. Así autores como Hudson (1989), consideran que la vulnerabilidad es la característica más definitoria del maltrato en las personas mayores. De esta forma vemos que nuestros resultados coinciden respecto este factor de riesgo con los de los autores consultados.

## HIPÓTESIS 2

*Detectar la posible relación entre factores de riesgo de la persona cuidadora y la aparición de maltrato en personas mayores*

Los datos obtenidos en nuestra investigación nos permiten presentar los siguientes resultados respecto la relación significativa entre los factores de riesgo de la persona que ejerce la función de cuidadora y la existencia de maltrato en las personas mayores estudiadas.

Estos son:

- *Los trastornos mentales, emocionales y psiquiátricos* que afectan a la persona que presta cuidados a una persona mayor, en nuestro estudio, están altamente relacionados ( $p < 0.001$ ) con el maltrato físico. También con el maltrato psicológico y la vulneración de derechos ( $p < 0.05$ ).
- *Problemas de drogadicción (alcoholismo)* en la persona que ejerce como cuidador se detecta como un factor de riesgo altamente significativo ( $p < 0.001$ ) en relación al maltrato físico y económico. Así mismo con el maltrato psicológico ( $p < 0.01$ ) y con la negligencia ( $p < 0.05$ ).
- *La poca preparación para cuidar a un enfermo* se presenta como un factor de riesgo altamente significativo ( $p < 0.001$ ) respecto el maltrato por negligencia.
- *El ser económicamente dependiente de la víctima* es un factor altamente significativo ( $p < 0.001$ ) relacionado con el maltrato físico, el psicológico y el económico.



- *Situación de estrés o cuidador agotado*, en nuestro estudio nos refleja una relación altamente significativa ( $p < 0.001$ ) respecto el maltrato por negligencia y en menor significación ( $p < 0.05$ ) con la vulneración de derechos.
- *El cuidador hace la tarea a disgusto*, factor altamente relacionado ( $p < 0.001$ ) con el maltrato por negligencia. Así mismo se refleja una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) en relación al maltrato psicológico y el económico.
- *Los problemas de conflictos personales entre la persona que lleva a cabo el cuidado y la víctima* los resultados nos hacen ver que existe una diferencia altamente significativa ( $p < 0.001$ ) con el maltrato psicológico. Seguidamente con una diferencia ( $p < 0.01$ ) menos significativa respecto el maltrato físico y la autonegligencia. En último lugar vemos la relación significativa ( $p < 0.05$ ) respecto el maltrato económico y por negligencia.
- *La pobre relación interpersonal con la víctima* por parte de la persona que la cuida se detecta una diferencia significativa ( $p < 0.001$ ) respecto el maltrato por negligencia. También con el maltrato psicológico ( $p < 0.01$ ) y con la autonegligencia ( $p < 0.05$ ).

Con el resto de factores de riesgo estudiados como, la falta de recursos sociales de soporte para el cuidador, las crisis personales del posible agresor, el cuidado de más de nueve años, el hecho de tener pocos recursos personales para el cuidado, no se han observado diferencias significativas respecto ningún tipo de maltrato.

A pesar de que no hay pruebas categóricas de que el cuidador de personas mayores en situación de estrés pueda generar situaciones de malos tratos, puesto que en proporción existen más personas mayores en situación de dependencia que personas mayores en situación de maltrato. En nuestro estudio este factor es altamente significativo respecto la negligencia. Una posible explicación es la existencia solapada de otros factores como, la falta de soporte formal para cuidar (cuidar al cuidador), el no tener formación para hacer frente a situaciones complejas de cuidado, entre otros. Realmente se hace muy complejo determinar exactamente cual de los factores es en última instancia el generador del maltrato.

### **10.3.- Las conclusiones**

A lo largo de los años dedicados a esta investigación creemos haber alcanzado en gran medida los objetivos propuestos. La inmersión en el tema de los malos tratos a las personas de edad avanzada, primero desde un punto de vista teórico y posteriormente mediante el contacto con el entorno, nos ha proporcionado un enriquecimiento personal al haber tenido la posibilidad de conocer directamente la realidad sobre el fenómeno del maltrato, así como una mayor sensibilidad, si cabe, por esta problemática.

A lo largo de estos años, he sido requerida a colaborar y participar en diversas actividades todas ellas relacionadas con el tema aquí tratado. Destacamos la participación en jornadas, congresos, cursos, postgrados, masters, mesas redondas, cursos monográficos sobre violencia doméstica, entre otros. También he colaborado publicando artículos en revistas de política social y servicios sociales y de gerontología. Todo ello, lo he vivido en simbiosis con la redacción de esta tesis, es decir, por un lado las actividades antes mencionadas me obligaban a ir avanzando en el conocimiento de la problemática y por otro, el propio conocimiento me proporcionaba el estímulo para ir evolucionando y no abandonar el proyecto, aunque algunas veces he de confesar que ha surgido la tentación de dejarlo aparcado. Doy gracias por no haber sido así.

A continuación mencionaremos las conclusiones más significativas a las que se ha llegado en la investigación, teniendo en cuenta el papel que juegan los distintos factores psicológicos, sociales, médicos y jurídicos cara a poder identificar los aspectos del maltrato a los ancianos. De esta forma, podemos contribuir a un mejor conocimiento de las causas y las características de los malos tratos con que se somete a las personas mayores, tanto a nivel conceptual como en el práctico, con la

aportación de los datos empíricos conseguidos de la muestra de personas mayores que han sido o son víctimas de maltrato.

Con la finalidad de ordenar las conclusiones, las presentamos mediante una agrupación por temas.

## **Los cambios demográficos y el envejecimiento**

1.

Concluimos afirmando que las políticas públicas, tanto nacionales como autonómicas y locales, deben tomar en consideración los cambios demográficos actuales. Ante estos cambios se deben plantear las siguientes prioridades esenciales:

- Velar por el equilibrio entre generaciones a lo largo de toda su vida.
- Modernizar, actualizar y coordinar los sistemas de protección social para integrar mejor los cambios demográficos y especialmente poder atender los efectos del envejecimiento en el individuo y en la población.
- Ofrecer a las familias aquellas políticas públicas que puedan facilitar el objetivo de conseguir solidaridad entre las generaciones y promover la conciliación de la vida familiar (en toda su amplitud, niños y ancianos) y profesional.

2.

Dado que la proporción de personas mayores en nuestra sociedad va en aumento, se puede anticipar que el fenómeno del maltrato a los ancianos, especialmente a los más vulnerables, irá en aumento. Por ello, es más importante que nunca el idear y planificar nuevas formas de actuación para proteger a las personas mayores frente el peligro de ser víctimas de malos tratos. La tarea cotidiana, multiforme, colectiva e individual de conseguir el bienestar y el buen trato de nuestros mayores ha de ser constante. El camino para evitar que las personas mayores sean víctimas de maltrato es largo, por cuanto exige la concienciación social, pero absolutamente necesario y ya hemos dado los primeros pasos.

3.

En general, se observa poca atención e interés por parte de las políticas sociales en nuestro país respecto al fenómeno del maltrato a los ancianos, puesto que se

minimizan sus consecuencias y no se aportan medios ni para prevenirlo ni tampoco para abordarlo. La falta de dotación presupuestaria por parte de las distintas Administraciones Públicas dedicada a estos temas, impide llevar a la práctica experiencias creativas para la sensibilización y la prevención.

En tanto que fenómeno social y estructural, el problema de los malos tratos a las personas mayores ha de ser abordado desde el conjunto de la sociedad y especialmente debe ser liderado y coordinado por los entes públicos. Autores como Penhale, et al (1997), afirmaron que, algunas políticas sociales y valores sociales pueden influir sobre la probabilidad de que se produzca maltrato y negligencia; y que también es posible que tales políticas reduzcan el potencial, tanto de detección como de prevención.

El anciano maltratado, en ocasiones, suele permanecer en una actitud pasiva y resignada, sin apenas esperanza. También se siente culpable y desea justificar todo lo que le sucede. Por lo que respecta a la familia o al personal de las instituciones, tampoco les interesa dar a conocer lo que pueda ocurrir, así que todo ello nos lleva a una situación de ocultismo apenas sin salida.

#### 4.

Existe una falta de reconocimiento público de la autoridad, sabiduría y contribución aportadas a la sociedad por las personas de edad avanzada. Por lo tanto sería conveniente promover acciones basadas en contrarrestar mitos e ideas negativas preconcebidas. Fomentar el trato digno, considerado y respetuoso. Hacer partícipes de estas acciones a los medios de comunicación y a los educadores para que incorporen estos aspectos en sus programaciones.

Los sesgos edadistas que se observan en el estudio, favorecen una descripción de las personas mayores basada fundamentalmente en rasgos negativos, por lo que podría fomentarse la realización de prácticas profesionales discriminatorias. Puede afectar al diseño, implementación y resultados de las intervenciones dado que puede infraestimar las capacidades físicas y mentales de las personas mayores. Por lo tanto, se trata de poner de manifiesto la necesidad de fomentar políticas y actuaciones dirigidas a reducir la presencia del edadismo en la sociedad en general y en la formación profesional en particular, estimándose que los resultados de estas actuaciones serán fundamentales para promover mejores niveles de bienestar en el grupo de población de las personas mayores.

## La conceptualización

5.

Ante el comprobado desorden que existe entorno a las definiciones, tipologías y conceptos sobre los malos tratos a las personas mayores expuestas en el capítulo dos, cabe interpretar que no se pueden generalizar los conceptos y necesitamos contextualizarlos desde nuestra propia realidad.

Así pues, el desafío más inmediato consiste en perfeccionar las definiciones de diferentes conceptos como violencia, negligencia, abuso, entre otros, intentando a su vez armonizar las definiciones de los profesionales, los teóricos, los legisladores y los técnicos que actúan directamente con las personas mayores. Asimismo, hacer partícipes a las propias personas mayores, del consenso respecto a las diversas tipologías y definiciones de las diversas facetas del maltrato.

6.

Consideramos que el concepto de maltrato está insuficientemente desarrollado no sólo en el entorno particular o familiar, sino también en el contexto social. Es preciso saber qué constituye el maltrato y quien está utilizando el término, así como comprender los contextos sociales en los que se producen. Podemos comprobar por ejemplo, que una actitud que para un observador externo puede ser considerada como violenta, por ser cotidiana y habitual en el entorno, formando parte de la vida intrafamiliar, se normaliza y por frecuente se percibe como normal.

7.

Podemos también postular que muchas de las cuestiones surgidas para dar respuesta a preguntas básicas, como por ejemplo, qué es el maltrato y qué es la negligencia, han sido debidas a que algunos autores han elaborado definiciones extrínsecas (tipologías y clasificaciones) sin desarrollar previamente definiciones intrínsecas (conceptualización). Estas definiciones extrínsecas, en función del autor, han establecido diferentes clasificaciones y no existe uniformidad entre ellas. También, a pesar de que se han elaborado definiciones intrínsecas, la mayoría tienen un significado vago y difuso debido a la mezcla de componentes intrínsecos y extrínsecos que se han utilizado en la misma definición (Hudson, 1986).

8.

La existencia de tantos y tan diversos conceptos entorno a la problemática de los malos tratos, ocasiona entre los profesionales colaboradores de nuestro estudio, cierta distorsión y muchos equívocos en el momento de considerar si una situación concreta es o no es maltrato y que intervención requiere, influyendo por lo tanto en el posterior tratamiento e intervención referente al problema.

Todo ello nos lleva a la necesidad de armonizar conceptos y que estos sean claros, precisos y generalizables, para poder intercambiar conocimientos y experiencias. También, para tener elementos suficientes en el momento de identificar las situaciones de maltrato ante las que se puedan encontrar los profesionales.

9.

No se dispone de información suficiente para poder desarrollar nuestra comprensión conceptual. Debemos recabar todos los esfuerzos posibles para facilitar el reconocimiento de estas situaciones, establecer líneas de soporte y generar claras pautas de cómo actuar ante estos casos.

10.

La información adecuada sobre los malos tratos puede ser muy útil para ayudar a la sensibilización y concienciación de toda la sociedad, también para las personas mayores y muy especialmente para aquellas personas que han iniciado un contacto directo o indirecto con situaciones de maltrato relacionadas con personas mayores.

## **La prevención**

11.

La prevención se centra en abordar las condiciones que contribuyen a generar situaciones de maltrato y proporcionar el conocimiento de los medios adecuados para su corrección. Conlleva asegurar que las personas mayores queden bajo el cuidado y atención de personas apropiadas suficientemente motivadas, formadas, competentes y hábiles en el manejo de las situaciones que se les presenten.

La prevención en todas sus formas se centra en la educación y sensibilización de todas las personas respecto a cualquier forma de violencia. La educación y la

sensibilización de la población, profesionales y las mismas personas mayores, son elementos fundamentales para el éxito de la estrategia de la prevención acerca del tema del maltrato. Nos referimos a la modificación de actitudes, comportamientos (estereotipos) y valores, el edadismo y sus consecuencias.

En nuestro país todavía no se han puesto en marcha actividades dirigidas a la sensibilización y la educación sobre la cuestión de los malos tratos a las personas mayores, bien sea, por falta de concienciación y creer que el tema no existe o bien, por negligencia en el cumplimiento de este deber, cuya finalidad es la prevención primaria de esta problemática. Deberían instaurarse programas dirigidos a las personas mayores con la finalidad de prever los riesgos relacionados con la vejez y reducir al mínimo la posibilidad de ser víctima de malos tratos.

12.

Los distintos profesionales colaboradores en el estudio empírico han coincidido en considerar que en las situaciones sospechosas de maltrato, es fundamental actuar rápida y adecuadamente con la finalidad de poder detectarlas precozmente, antes de encontrarnos frente una situación consolidada que exige intervenir sobre hechos consumados, para los que muy a menudo no se dispone de la solución idónea. Esta visión sugiere la necesidad de reforzar su papel como detectores y evaluadores de los posibles casos de maltrato.

### **Los profesionales, los cuidadores, la formación y la coordinación**

13.

Mediante la comunicación que se ha establecido con los profesionales colaboradores en el estudio, tanto del ámbito de la salud como de servicios sociales, hemos podido comprobar que generalmente no hay una idea clara de la obligatoriedad o deber de denunciar o comunicar una situación de maltrato a una persona mayor. Esta confusión y carencia se detecta más en el ámbito de lo social, puesto que en los servicios de salud, los profesionales ya tienen estipulado el uso de unos protocolos de actuación (partes de lesiones) para el caso de detección de abuso o maltrato físico.

Esta situación de ambigüedad respecto lo que se debe o no hacer, tanto a nivel moral como legal, genera mucha angustia a los profesionales.

En la mayoría de normativas de los países estudiados, los profesionales concedores de alguna situación de malos tratos están obligados a denunciar los casos de abuso, de negligencia o abandono, de explotación económica y otros, con graves consecuencias en el caso de incumplimiento de esta obligatoriedad. La eficacia de esta obligación es muy polémica, porque los profesionales son reticentes a denunciar a causa de que se pueden poner en peligro los siguientes aspectos:

- La autonomía y la capacidad de decisión de la víctima.
- La necesidad de mantener el secreto profesional en el seno de una relación profesional de confidencialidad.
- También porque genera una demanda de servicios de los que la comunidad no dispone, entre otros, los innumerables procedimientos judiciales pendientes de resolución.

14.

El rechazo social contra los agresores y causantes de los malos tratos hacia las personas mayores ha de alertar y reforzar las actuaciones de los profesionales y especialmente la colaboración ciudadana en la denuncia social.

15.

A pesar de la escasa información obtenida de los profesionales colaboradores en el estudio respecto a los cuidadores y con todas las reservas, hemos configurado un perfil de la persona cuidadora, al que responden los causantes del maltrato a la persona mayor. Estamos ante un hombre con una edad de entre 36 y 50 años, o también de más de 76 años, que ejerce la función de cuidador de la persona mayor, que en este caso es la víctima del maltrato. Su relación con la víctima es la de hijo, el cual no trabaja fuera de casa, o el esposo. Como características más específicas encontramos que padece trastornos mentales, emocionales y/o psiquiátricos en un 44,9%, que tiene pocos recursos personales (37,1%) y poca preparación (34,3%) para hacer frente a la situación de cuidar a un enfermo. También, tiene problemas de conflictos personales con la víctima (24,7%) y está pasando por crisis personales, paro, separación, enfermedad (24,2%).

16.

Los profesionales de atención primaria, tanto de salud como de los servicios sociales, al ejercer su práctica profesional en servicios que constituyen la primera



puerta de acceso a la atención de los ciudadanos, pueden llevar a cabo una función esencial, como principales y primeros detectores de posibles situaciones de maltrato que puedan afectar a las personas mayores. A pesar de esta situación de privilegio, los profesionales participantes en el estudio pusieron de manifiesto una gran carencia de protocolos tanto para la detección, como de intervención y de evaluación para situaciones de maltrato a personas mayores. Ponemos de manifiesto la necesidad urgente de su implementación.

17.

La evaluación global del contexto es una condición indispensable para intervenir en casos de maltrato a personas mayores; así nos encontramos que los profesionales, con excesiva frecuencia, deben abordar el contexto de la persona mayor y también la del presunto agresor, incluyendo situaciones sanitarias, evaluación psicológica del contexto familiar, evaluación social y análisis de los aspectos legales con sus respectivas consecuencias. Suelen afrontar “*con una gran soledad*” una problemática muy compleja, en la que se debería intervenir inter disciplinariamente (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y juristas), este hecho genera un sentimiento de impotencia y desesperación. Esta fue una aportación muy reiterada y muy destacable por parte de los profesionales.

18.

Se aprecia cada vez más un mayor debate sobre los malos tratos en la vejez y también se considera cada vez más que estamos ante un problema de salud y un problema social grave. Paralelamente, se es muy consciente de la gran dificultad que presenta el poder obtener datos acerca de las causas, con respecto a las características de las víctimas y de las personas que ocasionan el maltrato; en definitiva poder disponer de una información fiable y completa. Se considera pues fundamental mejorar las técnicas y los instrumentos para acceder a la necesaria información.

19.

Los profesionales, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, abogados y cuerpos de seguridad, necesitan en estos momentos y de una forma urgente, saber cómo actuar ante una situación concreta de malos tratos a un anciano, de la que tienen indicios que se está perpetrando, voluntariamente o no, por una persona de su círculo íntimo. Así vemos que en el marco teórico, es muy importante conocer los

factores de riesgo, mientras que en la práctica es mucho más relevante en definitiva, saber cómo actuar en cada situación.

20.

Haciendo referencia a la coordinación, es necesario incentivar, mejorar y proporcionar los elementos necesarios para que ésta sea más efectiva entre las diferentes administraciones, los distintos servicios o dispositivos y que se actúe conjuntamente en bien de las personas y frente a las situaciones, al margen de los intereses políticos del momento. Una constante reclamada por todos los profesionales participantes en el estudio, es la de conseguir una mayor capacidad de coordinación entre todos los niveles asistenciales, de servicios sociales, sanitarios, socio sanitarios y jurídicos. La demanda explícita es la de disponer de circuitos de comunicación ágiles y operativos que coordinen los servicios sociales de atención primaria y los servicios de salud de las áreas básicas, los servicios de salud mental y la fiscalía, todos ellos trabajando con estrategias de intervención conjuntas mediante la documentación que se hallará centralizada una misma historia (clínica y psico-social).

21.

Las situaciones de malos tratos son multifactoriales y es por ese motivo que su abordaje debe llevarse a cabo mediante la intervención de diferentes profesionales y con un trabajo basado en el modelo inter disciplinar. Ante la escasez de profesionales especializados en intervención ante situaciones de malos tratos a los mayores y la falta de estrategias de intervención inter disciplinares, se considera de suma importancia la creación de equipos multidisciplinares que cumplan una función no solamente de intervención, sino también de supervisión y asesoramiento a los profesionales de atención directa y polivalente que participen.

Estos equipos deben estar integrados como mínimo por:

- Un psicólogo, cuya función principal será la de evaluar los aspectos psíquicos y emocionales y la capacidad cognitiva, tanto de la víctima como de la persona que lleva a cabo el maltrato, así como la de maximizar las potencialidades de la persona mayor para favorecer su autodeterminación.
- Un trabajador social, que centrará su tarea en el conocimiento del entorno familiar y social de la persona para llevar a cabo un diagnóstico social y la posterior intervención.

- Un profesional de la salud, médico responsable de la valoración del estado de salud, grado de dependencia y determinación del nivel de urgencia.

Como profesionales de soporte, el equipo podrá contar con las figuras del jurista, neurólogo, miembro de los cuerpos de seguridad, dietista, notario, odontólogo y otros que la especificidad del caso requiera. Se trata en definitiva de un trabajo coordinado, mediante una estrategia conjunta y consensuada. Se utilizarán circuitos operativos con acciones claras, reales y precisas para situaciones concretas de malos tratos a los ancianos, relacionando los servicios sociales de atención primaria, los servicios de salud, los de salud mental y jurídicos.

22.

La mayor parte de los malos tratos se cometen por ignorancia. No es posible culpabilizar a una persona de no haber cuidado a otra como es necesario, si previamente no ha recibido la instrucción adecuada para ser un cuidador competente.

Se puede ocasionar un agravamiento del estado físico o aceleración de la pérdida de facultades mentales a personas mayores en situación de vulnerabilidad, a causa de una inadecuada formación de los ayudantes o cuidadores que no les permite responder convenientemente a los mensajes emitidos por las personas mayores a su cuidado. Este agravamiento repercutirá en la demanda de recursos con costes superiores a los que sería necesario dedicar para formar a los ayudantes, profesionales o familiares. El simple hecho de adaptar la respuesta a las causas, permitiría reducir el número de personas mayores dependientes con todo lo que ello significa y conlleva.

Por este motivo, los programas dirigidos a mejorar la preparación de los cuidadores de las personas mayores frágiles o vulnerables, tanto en el domicilio como en las instituciones, son un punto de partida necesario y fundamental para prevenir e intervenir en estas situaciones.

23.

De las opiniones manifestadas por los profesionales colaboradores en el estudio, hemos podido deducir que hay una gran necesidad de formación y de información en el ámbito de la gerontología en general y de forma especial sobre los malos tratos, abusos, negligencia y otras formas de violencia dirigida hacia las personas

---

mayores. Consideran fundamental disponer de ciclos de formación para capacitar a los profesionales en la manera cómo afrontar los casos de malos tratos a las personas mayores.

24.

La formación y la información del fenómeno de la violencia y los malos tratos, juntamente con la sensibilización, son elementos fundamentales para poder detectar o sospechar una situación de maltrato, en este caso centrado en una persona mayor, ya sea en el ámbito familiar, en el institucional o en el estructural o comunitario. Así pues, si los casos no se conocen no existen.

25.

La falta de sensibilidad en el trato a los ancianos, la gerontofobia, la vida privada estresante, la escasa capacidad de tolerar la frustración, son algunos de los factores determinantes a considerar en el ámbito institucional. La diferencia cultural entre el cuidador y la persona mayor comporta un riesgo de no comprender o no respetar aquello que realmente importa para la persona mayor (valores, creencias, prácticas religiosas).

26.

En el ámbito institucional, en muchas ocasiones, la ratio de trabajadores por residentes no se cumple y ello provoca un gran estrés en los cuidadores, factor que repercute en la calidad del cuidado prestado a los ancianos. A esto añadimos que la relación que se establece entre los residentes o pacientes y el personal a causa del tiempo prolongado de duración, años incluso, facilita que se difumine la línea que separa el trato profesional de un trato personal y más próximo, de tal modo que se puede llegar a perder el respeto o también tolerar conductas inadecuadas (infantilización).

A escala internacional, la violencia y los malos tratos en el medio institucional han sido escasamente estudiados.

---

## Las víctimas, las tipologías y los factores de riesgo

27.

Cualquier agresión intrafamiliar no solamente afecta a las víctimas de forma individual sino que afecta a todo el conjunto que constituye la familia. Por este motivo no es del todo oportuno focalizar el tema de la violencia en el género, en el niño o en el adulto, sino que debe valorarse en todo el contexto. Ante una situación de violencia familiar, el tratamiento debe considerar que las relaciones han sido fuertemente consolidadas a lo largo de la vida de las personas. El primer principio, es proteger a las víctimas, no obstante esto, también se ha de analizar y tratar a la persona que ejerce la agresión o el maltrato, evaluar sus necesidades, carencias y posibilidades de rehabilitación.

28.

A grandes rasgos, el perfil de las víctimas del estudio coincide con las características definidas por autores de otros países: mujer con una edad media de 79 años, viuda, con un grado de vulnerabilidad muy elevado, conviviendo con familiares o sola en su domicilio, con un nivel de ingresos centrado en una pensión por jubilación o viudedad inferior al salario mínimo interprofesional y con un nivel de formación que se sitúa en la enseñanza primaria. Escasamente percibe alguna prestación de tipo social.

Se puede observar que el padecer por parte de la mujer estos malos tratos va significativamente relacionado con una alta vulnerabilidad física, psíquica y emocional. Ante este perfil lo que cabe es actuar para atender estas situaciones, especialmente en casos de emergencia.

29.

Partiendo de la evidencia de que las mujeres tienen una esperanza de vida más elevada que los hombres y que la etapa de la vejez, en general, la viven en peores condiciones sociales, económicas y de salud, los resultados de nuestro estudio confirman que las mujeres (el 74,7% han sido víctimas de género femenino) son más propensas a sufrir malos tratos. La intensidad (más proporción de maltrato en mujeres) la encontramos ligada a las tipologías de maltrato físico, psicológico, económico, negligencia y vulneración de derechos. Siguiendo el modelo de Johnson (Capítulo 2, gráfico 4), vemos que las mujeres de nuestro estudio estarían situadas en el ángulo inferior izquierdo, donde se refleja alta densidad e intensidad.

30.

El elevado número de personas mayores maltratadas del estudio que viven solas (31,5%), nos llama mucho la atención puesto que el porcentaje de personas que viven solas en la ciudad de Barcelona es inferior (un 21%). Es un dato muy preocupante puesto que poder llegar a conocer estas situaciones de maltrato es complejo a causa de la escasa atención que en esos momentos se presta a la población de personas mayores, tanto desde la red pública de servicios sociales como de la salud.

31.

Del estudio presentado, dando respuesta a la hipótesis 1, se puede identificar como características de factores de riesgo de ser víctima de maltrato la edad, la convivencia (cohabitación, aislamiento social), el estado civil y la vulnerabilidad física, psíquica y emocional.

Así mismo, la hipótesis 2 nos describe los factores de riesgo significativos correspondientes a la persona cuidadora y la existencia de maltrato en personas mayores. Estos son: Los trastornos mentales, emocionales y psiquiátricos, problemas de drogadicción, poca preparación para cuidar a una persona mayor enferma, ser económicamente dependiente de la víctima, situación de estrés o cuidador agotado, el cuidador hace la tarea a disgusto, problemas de conflictos personales entre la persona que lleva a cabo el cuidado y la víctima y la pobre relación interpersonal con la víctima.

La importancia de estos resultados es el poder hacer prevención para evitar que los factores de riesgo detectados como significativos funcionen como detectores de posible maltrato.

No obstante, afirmamos que sabemos muy poco al respecto y que los resultados deben tomarse con mucha prudencia.

32.

En nuestra investigación hemos podido comprobar que solamente en un 5,6% de los casos de personas mayores víctimas de malos tratos, se ha llevado a cabo una intervención jurídica centrada en interponer denuncia en un juzgado. No obstante, cabe tener en consideración que la acción de presentar una denuncia judicial de los hechos ocurridos en situación de abuso o maltrato hacia personas mayores, no

es el primer paso para salir de una situación de violencia como podría serlo en otros segmentos de población.

33.

La incapacitación jurídica, sólo un 5% de la muestra había iniciado o finalizado el proceso de incapacitación. Considerado como un recurso básico para defender los derechos fundamentales de la persona en situación de vulnerabilidad y que conlleva la adjudicación de una figura tutelar, es muy recurrente a nivel de discurso teórico, pero tal y como se demuestra en el estudio, ciertamente está infrautilizado; Hablar de la protección de los incapacitados es poner de manifiesto que se trata de un grupo de personas heterogéneo y que, por lo tanto, las medidas de protección que establece el ordenamiento jurídico, han de adecuarse en función de la tipología del incapaz, mereciendo especial cuidado su protección personal.

34.

También se ha podido observar en el estudio, la existencia de un número importante de delitos y faltas, pero a pesar de ello no se ha demandado ninguna prestación de la ley de alimentos, ni tampoco interpuesto demandas en reclamación por daños y perjuicios por los malos tratos recibidos. La explicación puede radicar en la complejidad de las relaciones humanas, especialmente las familiares (la familia es el crisol de todas las violencias) y en el desconocimiento de los derechos que amparan a la víctima así como la imposibilidad tanto física como psíquica para llevar a cabo dichas acciones.

### **Los recursos**

35.

La investigación objeto de esta tesis ha puesto en evidencia la elevada escasez de recursos tanto sociales como de salud y salud mental, destinados a la atención de las personas mayores y la ausencia total de servicios para atender casos de malos tratos. Existe una red de servicios sociales de responsabilidad pública pero su cobertura de las necesidades reales es muy baja e insuficiente. Recordemos que en la muestra estudiada se hallaron casos que, a pesar de su alta vulnerabilidad, estaban pendientes de que les fuera concedida una ayuda domiciliaria. Así pues, no sólo se debe insistir para que los servicios lleguen a todas aquellas personas que lo necesiten, sino que también es preciso impulsar la creación de una amplia

gama de recursos imprescindibles para la adecuada intervención en caso de violencia, negligencia o maltrato hacia las personas de edad avanzada. Entre otros mencionaremos los más básicos:

- Servicios de intervención en caso de malos tratos a ancianos mediante un equipo interdisciplinar especializado (no existe).
- Utilización de los servicios jurídicos.
- Plazas de ingreso en caso de urgencia en un equipamiento especializado con profesionales adecuados para atender situaciones de maltrato (no existe).
- Grupos de soporte tanto para la persona agredida como para el agresor (no existe para personas mayores).
- Terapia individual y familiar (no se aplica a las personas mayores).

36.

Las distintas administraciones públicas son responsables a nivel estatal, autonómico y local, de promover acciones que vayan encaminadas a implementar programas concebidos para la prevención, detección y posterior intervención relativa a las situaciones de abuso y malos tratos a las personas de edad avanzada. Así pues, por su falta de atención al problema y de interés por iniciar acciones son en estos momentos agentes cómplices y partícipes por omisión de los malos tratos que padecen los ancianos en este país.

El reconocimiento por parte de los entes políticos de la existencia de los malos tratos a ancianos, es fundamental para que definitivamente se impliquen en esta problemática y consecuentemente tomen las medidas necesarias para intervenir y solucionar los casos. Es evidente que la presión que están ejerciendo los diferentes estados de necesidad de este grupo de edad y de sus cuidadores familiares, impone un gran esfuerzo por parte de todos los sectores y administraciones públicas implicadas en la mejora de su bienestar.

37.

Los grupos de soporte ejercen un papel decisivo en la intervención en materia de malos tratos, aportando la ayuda necesaria para el cambio. Los grupos de *empowerment* animan a las personas mayores maltratadas a retomar la confianza en sí mismos y a reafirmarse personalmente.

Dichos grupos pueden también dirigirse a los hijos que tienen padres ancianos dependientes. En los grupos se pueden intercambiar emociones entre personas



que viven situaciones similares y con la ayuda de un animador externo, desarrollar la convivencia y la solidaridad, así como estimular la participación en las actividades del grupo y favorecer el aporte de iniciativas enriquecedoras. Estos grupos están potenciados por los profesionales y por voluntarios o personal remunerado. Los encuentros proporcionan un marco en el que las personas maltratadas comunican sus sentimientos y encuentran habilidades y respuestas frente a su situación de víctimas de maltrato.

38.

A lo largo de todo el tiempo durante el cual hemos llevado a cabo el estudio de campo para esta tesis, no hemos encontrado ninguna persona mayor que hubiera formalizado el documento de la autotutela. Aún más, este instrumento de protección para preservar la autodeterminación, era escasamente conocido por los profesionales que han colaborado en nuestra investigación. Por todo ello se considera necesario y urgente hacer campañas de información a todos los niveles de intervención entre los equipos interdisciplinarios especializados, para dar a conocer esta opción.

39.

Ante la posibilidad estadística de que todos podemos sobrevenir incapaces, por enfermedad o accidente, es conveniente utilizar documentos en los cuales, en pleno uso de nuestra capacidad, establezcamos lo que queremos que se haga con nuestra persona cuando ya no podamos decidir por nosotros mismos y simultáneamente, concretar a quien corresponde tomar la decisión. Esta es la función del documento de voluntades anticipadas, en la vertiente sanitaria y de tratamientos. Una decisión que si queda en manos de otras personas, también puede comportar algún tipo de maltrato.

Por lo tanto, la información y la previsión son buenos recursos para intervenir reduciendo la dimensión de esta problemática.

Destacamos tres aspectos importantes con respecto a la posibilidad de aplicar el documento de las voluntades anticipadas:

- a) El documento permite poder expresar todo aquello que la propia persona desea o en su defecto, manifestar que persona de confianza se quiere que decida lo que considere mejor en el momento en que ya no pueda decidir por sí misma, evitando quedar de esta forma a merced únicamente de la opinión del equipo médico asistencial.

- b) Este documento también puede contribuir a que se pueda reducir el miedo al sufrimiento frente al dolor que muchas personas enfermas presentan.
- c) Hacer un documento de voluntades anticipadas implica una intención, un saber, un querer participar en las decisiones acerca de la propia vida.

40.

Tal como se pone de manifiesto en el estudio, el recurso a la acogida familiar no se ha tenido en cuenta como intervención en ninguno de los casos estudiados. Alguna de las explicaciones a este hecho puede ser, que este servicio social, administrativamente no se ha desarrollado lo suficiente como para poder utilizarlo. También a causa del desconocimiento de su existencia por parte de los profesionales y por último y determinante, que en la actualidad en Cataluña no se dispone de entidades o servicios que gestionen este programa por falta de la suficiente voluntad política, tanto de la administración autonómica como de los entes locales. En definitiva dicho recurso social no funciona.

Sin embargo, este modelo alternativo y de convivencia es necesario puesto que sin la separación física entre la víctima y el agresor, es muy difícil que prosperen las actuaciones legales. Aun así, el hecho de optar muchas veces por la institucionalización como alternativa para evitar el maltrato, no es siempre la más adecuada. Con ello posiblemente, en ocasiones se actúa en contra de la voluntad de la víctima, que no es que desee ir a un centro, sino que su obsesión y su prioridad es salir del escenario del maltrato y por lo tanto acepta lo que sea. Pero, si se le ofreciesen alternativas como la acogida familiar, cabe la probabilidad de que preferiría permanecer en un domicilio.

41.

Optamos por crear oficinas especializadas de atención para situaciones de malos tratos a las personas mayores, dotadas de medios suficientes y profesionales específicamente formados y con habilidades para abordar estos casos. Ciertamente, para atenderlos disponemos de una adecuada normativa legal civil, penal y administrativa; lo que ocurre es que no se aplica adecuadamente y con la necesaria celeridad. Asimismo se deben popularizar medidas legales para eliminar los malos tratos contra las personas de edad avanzada, puesto que las que existen en el momento actual van mayoritariamente encaminadas, casi exclusivamente a abordar la violencia de género.

---

El conocer la legislación y la normativa vigente abre las posibilidades de actuación jurídica. Se puede afirmar que existe un elevado grado de desconocimiento por parte de los profesionales respecto las leyes y normativas, tanto a nivel general como a nivel más específico sobre temas próximos a las personas mayores. Lo mismo ocurre con la información de que disponen las propias personas mayores.

## La investigación

42.

La investigación es un fundamento esencial para la adopción de políticas eficaces. Así, ante la evidencia de la escasa producción científica en nuestro país, acerca del fenómeno de los malos tratos centrados en las personas mayores, creemos que es necesario alentar, promover y desarrollar una investigación integral y a la vez especializada para conocer más ampliamente las causas, la naturaleza, la magnitud, la gravedad y las consecuencias de todas las formas de violencia contra las mujeres y los hombres de edad avanzada, dando amplia difusión a las conclusiones expuestas

43.

Consideramos que la investigación de fenómenos sociales como el que estamos tratando, debería ser una parte integrante de las funciones y actividades de los profesionales tanto de servicios sociales como de salud. Es fundamental conocer la etiología y las consecuencias de todas las formas de maltrato contra las personas mayores. Frente a una situación de maltrato a una persona mayor, lo más prioritario para los profesionales es saber qué hacer en aquel momento, puesto que observan que una persona está sufriendo. Así pues, a pesar de que a nivel teórico se da mucha relevancia al estudio y a la identificación de los factores de riesgo, a nivel práctico, este aspecto pasa a un segundo término y para el profesional de la intervención es prioritario y de máxima importancia saber qué hacer y cómo hacerlo.

Propugnamos que la investigación debe hacerse a pesar de sus costes y para poder progresar es imprescindible disponer de un estudio de prevalencia de los malos tratos, tanto en el ámbito institucional como en el familiar.

Por ese motivo, la conclusión es que se debe fomentar una mayor y mejor investigación de los factores de riesgo de maltrato hacia las personas mayores. No

---

se debe olvidar la importancia de utilizar grupos control en los diseños experimentales. Los estudios longitudinales sobre la incidencia del maltrato a personas mayores tienen una gran importancia para el análisis de los factores de riesgo y todo ello ayudará a aumentar el conocimiento sobre qué personas son más propensas a ser maltratadas y porqué.

44.

En nuestro estudio hemos podido observar que el esposo, en su función de cuidador, ha sido uno de los familiares identificados como persona responsable del maltrato. Conocer el porqué ocurre esta circunstancia es muy complejo puesto que no disponemos de estudios de prevalencia ni de incidencia. Por este motivo, consideramos que una línea de investigación muy necesaria sería la de averiguar las características de relación que se presentan en situaciones de violencia, abuso y maltrato dentro de la pareja de personas mayores.

### **10.3.- Sugerencias para llevar a cabo vías de intervención y de investigación**

Presentamos algunas sugerencias que a lo largo de estos años de investigación han ido surgiendo y tomando forma y que pueden ser de interés para el desarrollo y avance en el tema tratado.

La investigación concerniente al tema de la violencia, el abuso y los malos tratos dirigidos a las personas mayores, constituye una base ineludible para hacer visible y luchar contra este estigma tan oculto en nuestra sociedad; la investigación es en sí misma beneficiosa, incluso si no va acompañada de resultados inmediatos.

Conocer el problema es el primer paso para su solución.

Partiendo de esta premisa y considerando que existen muchos interrogantes que permanecen abiertos y que precisarían ser sistematizados, analizados y resueltos,

---

sugerimos como posiblemente más necesarias las siguientes propuestas para configurar una base adecuada de futuras líneas de investigación:

- a) Generar un banco de datos con los casos registrados de malos tratos a mayores, partiendo de una misma base teórica de definiciones, tipologías, factores de riesgo e indicadores.

Su finalidad sería muy diversa, entre otras la de conocer la prevalencia y la incidencia de los malos tratos en el ámbito familiar, recogiendo las historias a través de la participación del mayor número posible de servicios tanto de la salud como de servicios sociales y jurídicos. De esta forma se facilitaría la posibilidad de iniciar originales y creativas investigaciones utilizando como punto de partida las informaciones proporcionadas por los casos registrados.

La búsqueda bibliográfica específica (libros, artículos, monografías, tesis doctorales, investigaciones, experiencias), sería otra posible línea de enriquecimiento del banco de datos.

Para todo ello, se debe alentar a los profesionales y público en general a que informen sobre los casos en los que se sospeche la existencia de malos tratos para su valoración por los profesionales.

Toda la información recopilada permitiría planificar y proponer adecuadamente los dispositivos necesarios para atender esta creciente problemática social.

- b) Promover campañas de sensibilización para el grupo de personas mayores, profesionales implicados y público en general.

Utilizar material de divulgación diseñado con creatividad y difundido a través de los centros de salud y de servicios sociales, centros cívicos, asociaciones y otros dispositivos que permitan llegar a todas las personas posibles, informando sobre la cuestión de los malos tratos hacia las personas de edad avanzada y sus características para una rápida identificación.

- c) Llevar a cabo iniciativas que tengan por finalidad la información y formación de los profesionales en general y de la salud, de los servicios sociales y del

---

derecho y de los cuerpos de seguridad en especial, en relación al tema de la violencia, los abusos y los malos tratos dirigidos a las personas mayores.

Centrarse en la elaboración de material de formación y de recursos de intervención destinados a ayudar a los profesionales que se enfrentan a estos problemas.

Los programas de formación deben basarse en tres objetivos:

- 1) Acrecentar el conocimiento acerca de en qué consisten las conductas negligentes y abusivas.
  - 2) Desarrollar y perfeccionar las competencias de detección e intervención.
  - 3) Favorecer el desarrollo personal, recurriendo al incremento de la sensibilización referente a los problemas de las personas mayores, a la modificación de ciertas actitudes sociales gerontofóbicas y al establecimiento de unas adecuadas relaciones interpersonales más condescendientes entre generaciones.
- d) Elaborar protocolos y algoritmos de actuación, tanto de detección como de intervención en situaciones de malos tratos a ancianos.
- Esta es una demanda constante por parte de los profesionales en este campo tanto para la práctica en el ámbito familiar como en el ámbito institucional.
- e) Diseñar y patrocinar programas de información para prevenir a las personas mayores contra los fraudes dirigidos a los consumidores y otras formas de abuso estructural o social.
- En este punto deben participar y representan un papel fundamental los distintos cuerpos de seguridad.
- f) Abrir una nueva línea de investigación, centrada en la violencia de pareja en la etapa avanzada de la vida.
- g) Estudiar y profundizar en los temas acerca de la violencia y abusos que las personas mayores ejercen hacia otras personas de su entorno, bien sean familiares o cuidadores. En ocasiones, personas mayores con carácter y personalidad litigante, exigen una atención y unos recursos que se sitúan

---

por encima de sus necesidades, de forma que generan dependencia emocional de un familiar o del cuidador con consecuencias de maltrato psicológico.

- h) Crear y organizar grupos para el intercambio de experiencias dirigidos a las personas que ayudan, familiares y también profesionales, a los cuales el estrés y la fatiga les puedan hacer sujetos de posibles actos de maltrato. Estos grupos permiten compartir experiencias y así tener la posibilidad de comprender mejor las situaciones, ayudándoles a reducir el estrés. La comunicación con el grupo comporta el reducir la angustia y a la vez ser más eficaz en la propia actividad, repercutiendo todo ello en la calidad de la atención que recibe la persona mayor así como también la del propio cuidador.
- i) Dado que la figura del cuidador, en general, no recibe el reconocimiento merecido, ni tampoco la ayuda que a menudo necesita para un correcto manejo de la persona enferma, parece lógico pensar que en un futuro cercano se desarrollen en nuestro medio, programas de intervención y proyectos de investigación que evalúen su eficacia. En el ámbito de la comunidad sería interesante la formación de grupos de ayuda mutua, en los que diferentes cuidadores pudieran expresar sus preocupaciones y compartir sus experiencias con otras personas que se encuentren en una situación similar.

En definitiva, esta tesis lo que pretende es aportar luz y significado a las vivencias y valores de las personas de edad avanzada, de las familias y de los profesionales enfrentados a situaciones de malos tratos en nuestra sociedad. No dudamos de que la validez de este análisis crezca a medida que se vaya conociendo mejor la realidad de los malos tratos a las personas mayores en todos los ámbitos, psicológico, social, biológico y jurídico.





**BIBLIOGRAFIA**

- Acale, M<sup>a</sup>. (2000). *El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar*. Valencia: Tirant lo Blanc.
- Ajuntament de Barcelona. Consell Assessor de la Gent Gran (2002). *Document obert de drets i llibertats de les persones grans amb dependència. Serveis a les persones*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Ajuntament de Barcelona. (2004). *Conjunt d'eines per a la detecció del maltractament a la gent gran dins l'àmbit domiciliari*. Barcelona: Equip EIMA. Inédit.
- Ajuntament de Barcelona. Programa d'Actuació Municipal 2004-07 (PAM) (2004). *Compromisos i prioritats per a una ciutat més inclusiva i solidària*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Benestar Social.
- Alonso- Fernández, F. (1984). *Raíces psicológicas de la violencia*. Madrid: Fundación Santa Maria.
- Alberdi, I. y Matas, N. ( 2001). *La violència domèstica. Informe sobre els maltractaments a dones a Espanya*. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- American Medical Association (AMA) (1992). *Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Chicago, IL: American Medical Association.

- 
- American Medical Association. Council on Scientific Affairs (1987). Elder abuse and neglect. *JAMA*, 257 (7), 966-971.
  - American Psychological Association. (1998). What practitioners should know about working with older adults (<http://www.apa.org/pi/aging/practitioners.pdf>). Washington: American Psychological Association.
  - American Psychological Association. (2003). Guidelines for Psychological Practice with Older Adults ([http://www.apa.org/pi/aging/guidelines\\_olderadults.pdf](http://www.apa.org/pi/aging/guidelines_olderadults.pdf)). Washington: American Psychological Association.
  - Ander-Egg, E. (1982). *Técnicas de investigación social*. (19ª ed.) Buenos Aires: Humanitas.
  - Anetzberger, G. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
  - Anguera, M<sup>ª</sup>T. (2004). Posición de la metodología observacional en el debate entre las opciones metodológicas cualitativa y cuantitativa. ¿Enfrentamiento, complementariedad, integración? *Psicología en Revista, Belo Horizonte*, 10 (15), 13-27.
  - Ausfelder, T. (2002). *Mobbing, el acoso moral en el trabajo. Prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano.
  - Ayuntamiento de Castelldefels. (2003). *Circuito de actuación contra la violencia de género y en el entorno familiar*. Castelldefels.
  - Asamblea Médica Mundial (41ª). (1989). *Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos*. Hong Kong, septiembre.
  - Asamblea Mundial de la Salud (52). Resolución WHA 52.7 a. Novena sesión plenaria. (A52/VR/9) (1999). Punto 18 del orden del día 24 de mayo.
  - Banks, S. (1997). *Ética y valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Paidós.
  - Baker, A.A. (1975). Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 8, 20-24.

- 
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal/Universitaria (original en francés de 1977).
  - Barón, M., Mundéate, L. y Blanco, M. J. (2003). La espiral del mobbing. *Papeles del Psicólogo*, 84, 71-82.
  - Bazo, M.T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36 (1), 8-14.
  - Beaulieu, M. (1992). La formation en milieu de travail: l'expression d'un besoin des cadres en ce qui concerne les abus à l'endroit des personnes âgées en centre d'accueil. *Le Gerontophile*, 14 (3), 37-39.
  - Bennett, G., Kingston, P., y Penhale, B. (1997). *The dimensions of Elder Abuse: Perspectives for the Practitioner*. Basingstoke: Macmillan.
  - Bennett, G., y Kingston, P. (1993). *Elder abuse: concepts, theories and interventions*. Londres: Chapman and Hall.
  - Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona: Ariel.
  - Blumer, H. (1971). Social Problems as collective behaviour. *Social Problems*, 18, 298-306.
  - Blumer, H. (1972). Social problems as collective behaviour. En Henslin J.M. (ed.). *Down to Earth Sociology*. Nueva York: Free Press.
  - Bosch, J. M. (1999). Violència ascendent: avis maltractats. En 1r Congrés interdisciplinari d'Atenció Primària. Barcelona: Institut Català de la Salut.
  - Bradley, M. (1996). Elder Abuse. *British Medical Journal*, 313, 548-550.
  - Braun, K.L., Suzuki, K., Cusick, C., y Howard-Carhart, K. (1997). Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for nurse aides. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9 (1), 1-15.

- 
- Breckman, R.S., y Adelman, RD. (1988). *Strategies for Helping Victims of Elder Mistreatment*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
  - British Columbia, Ministry of Health et Ministry responsible for Seniors. (1992). Continuing Care Division British Columbia Interministry Committee on Elder Abuse. *Principles, Procedures, and Protocols for Elder Abuse*. Victoria.
  - Burgess, A.W., Dowdell, EB. y Brown, K. (2000). The elderly rape victim: stereotypes, perpetrators and implications for practice. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 516-518.
  - Burston, G.R. (1975). "Granny battering". *The British Medical Journal*, 3, 592.
  - Butler, R. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
  - Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11.
  - Bytheway, B. (1994). *Ageism*. Buckingham: Open University Press.
  - Caballero, J.C., y Remolar, M.L. (2000). Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (3), 177-188.
  - Casado, D. y López G. (2001). *Estudio sobre vejez, dependencia y atenciones de larga duración*. Barcelona: Fundación La Caixa .
  - Cicerón, M.T. (2001). *De Senectute. Acerca de la vejez*. Madrid: Triacastela.
  - Clark, A., Mankikar, G., y Gray, I.(1975). Diogenes Syndrome. *Lancet*, 15, 366-368.
  - Clark, M., y Pierson, W. (1999). Management of Elder Abuse in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17(3), 631-644.
  - Colegio Oficial de Psicólogos (1993). Código Deontológico del Psicólogo aprobado por la Asamblea General del Colegio Oficial de Psicólogos de 27 de marzo de 1993. Madrid.

- 
- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (1989). Codi deontològic aprovat en la Junta General de Col·legiats del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya el 2 de novembre de 1989. Barcelona.
  - Col·legi Oficial de Metges de Girona (COMG). (2001). *Guia per a l'abordatge de la problemàtica mèdica i legal de les persones grans*. Girona.
  - Compton, S.A., Flanagan, P., y Gregg, W. (1997). Elder Abuse in People with Dementia in Northern Ireland: Prevalence and Predictions in Cases Referred to a Psychiatry of Old Age Service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(6), 632-635.
  - Comijs, HC., Penninx, B., Knipscheer, K., y Van Tilburg, W. (1999). Psychological Distress in Victims of Elder Mistreatment: The Effects of Social Support and Coping. *Journal of Gerontology*, 54B (4), 240-245.
  - Conseil de l'Europe (1987). *La violence au sein de la famille. Mesures dans le domaine social, Actes du colloque, Strasbourg, novembre 1987*. Strasbourg.
  - Conseil de l'Europe (1992). *La violence envers les personnes âgées. Rapport établi par le grup d'etude sur la violence envers les personnes âgées*. Strasbourg.
  - Conseil de l'Europe (1990). *Recommandation n° R (90) du Comité des ministres aux Etats membres sur les mesures sociaux concernant la violence au sein de la famille*. Strasbourg.
  - Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales. (1950). Roma.
  - Cook, T.D., y Reichardt, Ch.S. (1979). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
  - Cooney, C., y Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(4), 276-283.
  - Corsi, J. (1997). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.

- 
- Coyne, A.C., Reichman, W.E. y Berbig, L.J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 643-646.
  - Cumming, E. y Henry, W. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.
  - De la Gándara, J. (1995). *Envejecer en soledad*. Madrid: Popular.
  - De la Red, N. y Rueda, D. (2002). Medidas y respuestas a los derechos sociales de la familia. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 60, 21-44.
  - De Vega Ruiz, J.A. (1999). *Las agresiones familiares en la violencia doméstica*. Pamplona: Aranzadi.
  - De Vicente, I, Miralles, R., Sabartés, O., Esperanza, A., Gaarcia-Palleiro, P., Vernhes, M<sup>a</sup> T. y Cervera, A M<sup>a</sup>. (1996). Utilidad de una escala de valoración social como factor predictivo de institucionalización en pacientes ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 31(5), 277-291.
  - Decalmer, P. y Glendenning, F. (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.
  - Edad & Vida. (2000). *Las personas mayores dependientes en España: análisis de la revolución futura de los costes asistenciales*. Barcelona: Centre de recerca en Economia i Salut- CRES.
  - Eastman, M. (1982). Granny Battering: A Hidden Problem. *Community Care*. 27 de mayo, 413, 11-15.
  - Echenburua, E. (1996). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
  - Federación Internacional de la Vejez (1992). *Declaración de la Federación Internacional de la Vejez sobre los derechos y las responsabilidades de la personas de edad*. Washington, DC: FIV.
  - Fernandez-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

- 
- Flaquer, L. (2002). *Informe sobre la situación de la familia en Cataluña*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social.
  - Florez, J., Adera, J., y García, M. (1996). Malos tratos a los ancianos. *Medicina Integral*, 28 (3), 137- 42.
  - Forbes, WF., Jackson, JA., y Kraus, AS. (1987). *Institucionalization of the elderly in Canada*. Toronto: Butterworths.
  - Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento (2002). *Declaración final y Recomendaciones*. Madrid: Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.
  - Fuertes, F. (2001). *Factores psicosociales de riesgo del proceso de mobbing*. Valencia: STE- PV.
  - Fulmer, T., y O'Malley, T.A. (1987). *Inadequate Care of the Elderly: A Health Care Perspective on Abuse and Neglect*. Nueva York, NY: Springer.
  - Fulmer, T. (1989). Mistreatment of elders: Assessment, diagnosis, and intervention. *The Nursing Clinics of North America*, 24 (3), 707-716.
  - Fulmer, T. (2000). The first national study of elder abuse and neglect: Contrast with results from other studies, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (1), 15-17.
  - Fundació Institut Català de l'Envel·liment. (2005). *Anuari de l'Envel·liment a Catalunya 2004*. Barcelona: Fundació Institut Català de l'Envel·liment.
  - Garcia, L., y Gonzalez, A. (2002). Protocols d'actuació en situacions de maltractament de dones i gent gran a l'Hospital General de Catalunya. *Revista de Treball Social*, 166, 8-44.
  - Garcia Férez, J. (2003). *Bioética y personas mayores*. Madrid: CSIC.
  - Gebotys, R.L., O'Connor, D., y Mair, K.J. (1992). Public perceptions of elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4, 151-171.

- 
- Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS (1995). *Dimensió i característiques dels abusos que pateix la Gent Gran a Catalunya*. Barcelona: ICASS. Estudio inédito.
  - Generalitat de Catalunya. Departamen de Sanitat i Seguretat Social (1999). *Llibre blanc. Activitats preventives per a la gent gran*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
  - Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família (2002). *Carta de Drets i Deures de la Gent Gran a Catalunya*. Barcelona: Departament de Benestar i Família.
  - Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Segurerat Social (2002). *Pla de Salut de Catalunya 2002-2005*. Barcelona: Departament de Sanitat i Segurerat Social
  - Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones (2005). *V Pla d'acció i desenvolupament de les polítiques de dones a Catalunya 2005-07*. Barcelona: Institut Català de les Dones.
  - Glendenning, F. (1993). What is elder abuse and neglect? En *The mistreatment of Elderly People* (1-34). Newbury Park, CA: Sage Publications.
  - Godkin, MA., Wolf, R., y Pillemer, KA. (1989). A case, comparison analysis of elder abuse and neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28 (3), 207-225.
  - González de Rivera, J.L. (2002). *El maltrato Psicológico: como defenderse del mobbing y otras formas de acoso*. Madrid: Espasa.
  - Gorman, M. y Petersen, T. (1999). *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres: HelpAge International.
  - Grant, JS. (1999). Social problem-solving partnerships with family caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 254-260.



- 
- Greenberg, J., McKibben, M. y Raymond, JA. (1990). Dependent Adult Children and Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2, 73-86.
  - Guijarro, A. (2001). El Síndrome de la Abuela Esclava Pandemia del Siglo XXI. *Investigación Clínica*, 4(4), 407-410.
  - Hernández, J.M. (1995). Procedimientos de recogida de información en evaluación de programas. En Fernández Ballesteros, R. (ed.). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
  - Hidalgo, M. (2002). *Acoso psicológico en el trabajo: mobbing*. Ponencia de Fin de Curso de Prevención de Riesgos Laborales. Escola d'Administració Pública de Catalunya. Barcelona, (1/2/2002).
  - Hirigoyen, M.F. (2001). *El acoso moral*. Barcelona: Paidós.
  - Hudson, M. (1989). An Analysis of the Concepts of Elder Mistreatment, Abuse and Neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1, 5-25.
  - Hudson, M. (1991). Elder mistreatment: taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (2), 1-20.
  - Hugonot, R. (1990). Abus et violences contre les personnes âgées. *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, 174 (6), 813-821.
  - Hugonot, R. (1998). *La vieillesse maltraitée*. Paris: DUNOD.
  - Hyde, I. (1991). La violence au sein de la famille à l'échelle continentale. *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, 5, 735-742.
  - Informe Belmont. (1978). *The National Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Baltimore: Belmont Center.
  - Johns, S., Hyde, I. y Aschem, O. (1991). The act of abuse: A two-headed monster of injury and offense. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3 (1), 53-64.

- 
- Johns, S. y Hydle, I. (1995) Norway: weakness in welfare. En Kosberg, JI. y García, JL. (Eds). *Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspectives*. Nueva York: The Haworth Press,
  - Johnson, I.M. (1995). Family members perceptions of and attitudes toward elder abuse. *Families in Society: the Journal of Contemporary Human Services*, 76 (4), 220-229.
  - Jones, JS., Holstege, C., y Holstege, H. (1997). Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *Journal of Emergency Medical*, 15 (6), 579-83.
  - Kane, R.A. (2001). Long Term Care and Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *Gerontologist*, 41 (3), 293-304.
  - Kessel H., Marín, N., Maturana, N., Castañeda, L., Pageo, M. y Carrión J. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 31(6), 367-372.
  - Kessel, H., Marín, N., Pageo, M., Amat, E., Barnisi, A. y Rodríguez-Galdeano, M. (1999). El Síndrome del Dr. Jekyll y Mr. Hide: las dos caras del cuidador de ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (6), 346-352.
  - Kirkwood, T. (2000). *El fin del envejecimiento*. Barcelona: Tusquets.
  - Kivelä, S.L. (1995). Elder abuse in Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3(1), 53-64.
  - Kozma, A., y Stones, M.J. (1995). Enjeux reliés à la mesure des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. En Association Canadienne de gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées: stratégies de changement* (159-174). Montréal, QC: Saint-Martin.
  - Korbin, J., Anetzberger, G., Thomason, R. y Austin, C. (1991). Abused elders who seek legal recourse against their adult offspring: Findings from an exploratory study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3(3), 1-18.

- 
- Korbin, J., Anetzberger, G., y Austin, C. (1994). Alcoholism and Elder Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(2), 184-193.
  - Kosberg, J. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *The Gerontologist*, 28(1), 43-50.
  - Kwan, A.Y. (1995). Elder abuse in Hong Kong: a new family program for the old east?. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6(3/4), 65-80.
  - Lachs, MS., Williams, C., O'Brien, S., Hurst L., Horwitz R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist*, 37(4), 469-474.
  - Lachs, M.S., Berkman, L., Fulmer, T. y Horwitz, R.A. (1994). Prospective Community based Pilot Study of Risk Factors for the investigation of Elder Mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(2), 169-173.
  - Lachs, MS., Williams, C., O'Brien, S., Pillemer, KA. y Charlson, ME. (1998). The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*, 280(5), 428-432.
  - Larión, JL. y De Paúl, J. (1994). El síndrome del anciano maltratado. *Medicina Clínica*, 102, 216-219.
  - Lee, S. (2003). Caring for grandchildren increases women's heart disease risk. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1939-44.
  - López García, A.P. (2003). Maltrato en el ámbito institucional. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(2), 102-113.
  - Marc, B. (2004). *Maltraitances et violences*. Paris: Masson.
  - Marín, N., Delgado, M., Aguilar, JL., Martínez, MA., Díez, A. y Soto, JA. (1991). Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 26(1) 40-46.

- 
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
  - McDonald, L. (1996). Abuse and neglect of elders. En *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged* (Vol.1, pp.1-10). San Diego, CA: Academie Press.
  - Mc.Donald, PL., Hornick, JP., Robertson, GB. Y Wallace, JE. (1991). *Elder Abuse and Neglect in Canada*. Toronto, ON: Butterworths.
  - McKerman, J. (2001). *Investigación-acción y Currículo*. Madrid: Morata.
  - Mélich, R. (2003). Familia y alimentos: el derecho de alimentos entre parientes. *El Acogimiento Familiar de Mayores*. Madrid, Portal Mayores (31.05.03) <http://www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos>
  - Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Quebec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
  - *Ministerio de Asuntos Sociales*. Instituto Nacional de Servicios Sociales (1993). *Plan Gerontológico Nacional*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales
  - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
  - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
  - Molina, M.P. y García, M. (2000). Programa de actuación del trabajador social en situaciones de riesgo de maltrato. *Revista de Trabajo social y Salud*, 37, 105 -115.

- 
- Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
  - Moya A., y Barbero J. (2003). Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(2), 177-185.
  - Mullender, A. (2000). *La violencia doméstica: una nueva visión de un viejo problema*. Barcelona: Paidós.
  - Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas (1991). *Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad*. Resolución 46/91 Adoptada el 16 de diciembre de 1991. Nueva York: Naciones Unidas.
  - Naciones Unidas. Consejo Económico y Social (2002). *Maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Informe del Secretario General. Nueva York: Naciones Unidas. Consejo Económico y Social
  - National Academy of Sciences (Richard, J., Bonie y Robert, B. Wallece, Ed) (2003). *Elder Mistreatment: Abuse Neglect end Explotation in an Aging America*. Washington DC: National Academies Press,
  - National Center on Elder Abuse (NCEA) (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS)*. Final Report. Prepared for the Adminstration on Aging in collaboration with Westat, Inc.
  - Neale, A., Hwalek, M., Scott, R., Sengstock, M. y Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock. Elder Abuse Screening Test. *The Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-418.
  - Nolan, M. (1993). Carer-dependant relationships and the prevention of elder abuse. En Decalemer y Glendenning, *the Mistreatment of Elderly People* (pp. 136-147). Londres, England: Sage Publications.
  - Observatorio de la Calidad de la Vida Cotidiana. Informe Sodexho Alliance (2003).

---

*Estudio sobre la evolución de las necesidades y expectativas de las personas mayores en términos de calidad de la vida diaria.*

- Ogg, J. y Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *The British Medical Journal*, 305, 998-999.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (1993). Abuse of clients by RNs and RNAs: Report to Council on Result of Canada Health Monitor Survey of Registrants. *The College*, 2, 1-11.
- Organización de Naciones Unidas. Asamblea general de las Naciones Unidas (1948). *Declaración universal de los derechos humanos*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (2001). *Voces Ausentes. Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Violencia y salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Declaración de Toronto para la prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Paveza, GJ., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S. y Semla, T. (1992). Severe Family Violence and Alzheimer's Disease: Prevalence and Risk Factors. *The Gerontologist*, 32(4), 493-497.
- Pellicer, LI. (2005, marzo 16). El Ayuntamiento de Barcelona abrió 130 expedientes en 2004 por "mobbing" inmobiliario. *El País*, p.38.

- 
- Penhale, B. (2003). *El concepto de maltrato de personas mayores: Rompiendo el silencio*. VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia. Centro Reina Social para el estudio de la Violencia. Valencia.
  - Phillips, L., Morrison, E. y Chae, M. (1990). The Qualcare Scale: Testing of a measurement instrument for clinical practice. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 77-91.
  - Phillips, L. (2000). Domestic Violence and Older Women. *Geriatric Nursing*, 21(4), 188-195.
  - Pillemer, K. (1988). Maltreatment of Patients in Nursing Homes. Overview and Research Agenda, *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 227 –238.
  - Pillemer, K. y Wolf, R. (1986). *Elder Abuse: Conflict in the family*. Dover, MA: Auburn House Publishing Company.
  - Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1989). Causes of Elder Abuse: Caregiver Stress versus Problem Relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 179-187.
  - Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988). The prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51-57.
  - Pillemer, K. y Moore, D. (1989). Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Staff Survey. *The Gerontologist*, 29(3), 321-327.
  - Pillemer, K., y Suitor, JJ. (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47(4), 165-172.
  - Podnieks, E. (1992). National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(1/2), 5-58.
  - Podnieks, E. y Baillie, E. (1995). La formation et l'éducation comme moyens de prévenir les mauvais traitements et la négligence à l'endroit des personnes âgées. Mauvais traitements auprès des personnes âgées: stratégies de changement. *En Association canadienne de gérontologie*, p.113-133.

- 
- Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J.P., Shillington, T. y Frizzell, A.F. (1990). *En National Survey on Abuse of the Elderly in Canada*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute.
  - *Protocol Bàsic d'Actuacions en situacions de maltractament (2001)*. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Barcelona.
  - *Protocol Integral d'Atenció a la gent gran (2003)*. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Hospital del Mar. Barcelona.
  - *Protocolo para la implantación de la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica (2003)*. Comisión de seguimiento de la implementación de la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica. Madrid.
  - *Protocols de detecció i atenció al maltractament a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (2005)*. Barcelona: Hospital Vall d'Hebron
  - *Protocols per a la detecció i l'atenció dels maltractaments en l'àmbit familiar des de l'atenció primària de Salut (2003)* Equipo Multidisciplinar del SAP Nou Barris Barcelona.
  - Quayhagen, M., Quayhagen, MP., Patterson, TL., Irwin, M., Hauger, RL., y Grant, I. (1997). Coping with Dementia: Family Caregiver Burnout and Abuse. *Journal of Mental Health and Aging*, 3, 357-364.
  - Quinn, MJ., y Tomita, SK. (1986). *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis and Intervention Strategies*. Nueva York, NY: Springer.
  - Reis, M. y Nahmiash, D. (1993). The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE). Document présenté à la 22e réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Montréal, QC.
  - Reis, M. y Nahmiash, D. (1995a). *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées: un manuel d'intervention*. Québec, QC: Presses de l'Université Laval.
  - Reis, M. y Nahmiash, D. (1995b). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14(2), 45-60.



- 
- Reis, M.y Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.
  - Reisberg, B., Ferris, SH., De León, MJ. y Crook, T. (1982): The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
  - Renzina, M. y Benavent, J.A. (1998). El modelo clínico y la entrevista. En Bisquerra, R., *Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica*. Barcelona: Praxis.
  - Rodríguez Cabrero, G. (2000). La reestructuración del Estado del Bienestar en España y la estructura de la desigualdad. En Adelantado, J. (coord.). *Cambios en el Estado del Bienestar*. Barcelona: Icaria.
  - Rojas, A.J., Fernández, J.S. y Pérez, C. (1998). *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis.
  - Rossell, T. (1989). *La entrevista*. Barcelona: Hogar del libro.
  - Rubio, R. y Muñoz, J. (2000). Los malos tratos en personas mayores: un reto a superar en el tercer milenio. *Geriátrika*, 258-273.
  - Ruiz, A., Altet, J., Porta, N., Duaso, P., Coma, M. y Requesens, N. (2000). El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. *Atención Primaria*, 26(9), 641-646.
  - Ruiz, A., Altet, J., Porta, N., Duaso, P., Coma, M. y Requesens, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria* 27(5), 331-334.
  - Sánchez del Corral, F., García-Armesto, S., Pajares, G., Otero, A. y Ruipérez, I. (2004). Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: La perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(2), 72-93.

- 
- Sánchez del Corral, F. (2004). Maltrato a las personas mayores: algunas respuestas a muchos interrogantes. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39(3), 151-53.
  - Sanmartín, J. (2001). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel.
  - Scogin, F., Stephens, G., Bynum, J., Braumhover, L. y Beall, C. (1992). Emotional correlates of caregiving. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(4), 59-69.
  - Schnabel, A., Niess, C., Schmidt, K., Kauert, G. y Bratzke, H. (2001). Zum Tod im Senioren/Pflegeheim aus rechtsmedizinischer Sicht. (Death in homes for the aged nursing homes from the legal medicine viewpoint). *Archiv für Kriminologie*, 208(1/2), 42-47.
  - Schultz, R. y Patterson, T.I. (2004). Caregiving in geriatric psychiatry. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 234-237.
  - Severman, B., Aström, S., Bucht, G. y Norberg, A. (1998). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10(3), 43-60.
  - Shah, G., Veeton, R. y Vasi, S. (1995). Elder abuse in India. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 6(3/4), 101-118.
  - Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2004). La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39(4), 240-54.
  - Soria, J.M. (2000, julio 19). Pegar a la mujer fue legal hasta 1975. *La Vanguardia*, p. 32.
  - Soutien a Domicile Canada. (1994). *Réagir devant les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées: une guide pour l'élaboration de protocoles à l'intention des organismes du secteur des soins à domicile et du soutien communautaire*. Ottawa.
  - Spencer, C. (1994). *Les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées en milieu institutionnel*. Ottawa: Santé Canada.

- 
- Spencer, C. (1996). *Diminishing Returns*. En Examination of Financial Responsibility, Decision-making, and Financial Abuse Among Older Adults. Vancouver, BC: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University.
  - Steinmetz, S. (1988). *Duty Bound: Elder Abuse and Family Care*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
  - Stones, M.J. (1995). Portée et définition des mauvais traitements et de la négligence à l'endroit des personnes âgées au Canada. En Association Canadienne de Gérontologie, *Mauvais traitements auprès des personnes âgées: stratégies de changement*. (pp.151-158). Montreal: Saint-Martin.
  - Straus, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactic Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
  - Tabueña, C.M. (1999a). La vejez maltratada. *Informativo AMG. Publicación de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología*, 14, 2-3.
  - Tabueña, C.M. (1999b). Activitats preventives per a la gent gran. En *Llibre blanc*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
  - Tabueña, C.M. (2001a). Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores. *Medicina Clínica*, 116(1),137-139.
  - Tabueña, C.M. (2001b). El trato inadecuado a personas mayores. *Sesenta y más*, 194, 31-34.
  - Tabueña, C. M. (2002). El maltrato en el anciano: un punto de vista interdisciplinar. *Revista de Servicios sociales y política social*, 57,103-117.
  - Thompson, C.F., Atkins, D., Patterson, C., Macmillan, HL., Macmillan, JH. y Offprd, DR. (1998). *Violencia familiar*. En U.S. Preventive Services Task Force, editores. Guía de medicina clínica preventiva. Recomendaciones del PAPPS (ed. esp.) (p.441-451). Barcelona: Medical Trends.

- 
- Triadó, C., Martínez, G., y Villar, F. (2000). *Psicología del desenvolupament: adolescència, maduresa i senectut*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
  - Triadó, C., Villar, F., Ramírez, C., y Rivera, N. (1995). *Adolescencia, maduresa i senectut*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
  - Trujillo, M. (2004, mayo 1). Las víctimas de los malos tratos sufren estrés postraumático. *Expansión*, p. 18.
  - Valdivieso, C., y Cabellos, M.C. (2000). Negligencia y maltrato a personas mayores. Un estudio de casos en Castilla-La Mancha. *Asistencia Sociosanitaria y Bienestar*, 2 (2), 21-23.
  - van den Heuvel, ET., Witte, LP., Schure, LM., Sanderman, R., Meyboom-de Jong, B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15(6), 669-677.
  - Villalonga, I. (2004, enero 15). Las manos que acarician a los abuelos. *La Vanguardia: Vivir en Girona*, p.6.
  - Wardaugh, J. y Wilding, P. (1993). Towards an Explanation of the Corruption of Care. *Critical Social Policy*, 37, 4-31.
  - Winterthur Salud (1999). *Informe*. Barcelona: Winterthur
  - Wolf, RS. (1988). Elder abuse: ten years later. *Journal of the American Geriatric Society*, 36(8), 758-762.
  - Wolf, RS. (1994). El problema de los abusos a los ancianos: una tragedia familiar. *Revista de Gerontología*, 4, 134-138.
  - Wolf, R.S. (1997). Elder Abuse and Neglect: Causes and Consequences. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 153-174.
  - Zarit, S.N., Reever, K.E. y Bak-Peterson, J. (1983). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

## Sumario de los acrónimos utilizados

En la presente tesis se han utilizado las siguientes abreviaturas que se detallan por orden alfabético:

- ABS	Área Básica de Salud
- AGE	Plataforma Europea de las Personas Mayores
- AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
- ALMA	Allo Maltraitance Personnes Âgées
- AMPVI	Alianza Mundial para la Prevención de la Violencia Interpersonal
- APA	<i>American Psychological Association</i>
- AVD	Actividades de Vida Diaria
- CANE	Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly
- CAP	Centro de Atención Primaria
- CMAUS	Centro Municipal de Atención a las Urgencias Sociales
- CSS	Centro Socio Sanitario
- EAIA	Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia
- EAP	Equipo de Atención Primaria
- GAM	Grupo de Ayuda Mutua
- ICASS	Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales
- IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
- INPEA	Red Internacional para la Prevención del Maltrato a los Mayores
- LISMI	Ley de Integración Social Minusválidos
- OMS	Organización Mundial de la Salud
- NCEA	Nacional Center Elder Abuse
- NCFV	National Clearinghouse on Family Violence
- PADES	Programa Atención Domiciliaria Equipo de Soporte
- PNC	Pensión No Contributiva
- SAD	Servicio Ayuda a Domicilio
- SAM	Servicio de Atención a la Mujer, de la Policía Nacional
- SAT	Servicio Atención Telefónica
- SCSS	Sistema Catalán de Servicios Sociales
- SOVI	Seguro Obligatorio Vejez e Invalidez
- SSAP	Servicios Sociales de Atención Primaria

- SSE Servicios Sociales Especializados
- TF Trabajador Familiar

**ENCUESTA**

N° REGISTRO \_\_\_\_\_

FECHA INICIO: \_\_\_\_\_

FECHA CIERRE: \_\_\_\_\_

MOTIVO: 1. Absencia 2. Defunción 3. Derivación.  
4. Decisión Profesional 5. Otros**BARRIO:** \_\_\_\_\_**INFORMADO POR:** NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO INFORMANTE:

1.1. CAP de Servicios Sociales . .	1. T Social,	2. Educ social,	3. T Familiar	4. Psicólogo
1.2. CAP en Salud .....	1. Medico,	2. Enfermera,	3. T Social	4. Psicólogo
1.3. PADES .....	1. Medico,	2. Enfermera,	3. T Social	
1.4. CARITAS .....	1. T Social,	2. Otros		
1.5. Otros: _____				

**MAL TRATO:** ( se puede marcar les dos opciones)1. SOSPECHA  
2. CONFIRMADO**DETECTADO POR:**

## 1. PROFESIONALES :

1.1. CAP de Servicios Sociales .	1. T Social,	2. Educ social,	3. T Familiar	4. Psicólogo
1.2. CAP de Salud .....	1. Medico,	2. Enfermera,	3. T Social	4. Psicólogo
1.3. CAP de Salud Mental.....	1. Psiquiatra	2. Psicólogo	3. T. Social	4. Otros
1.4. PADES .....	1. Medico,	2. Enfermera,	3. T Social	
1.5. HOSPITAL .....	1. Medico,	2. Enfermera,	3. T Social,	4. Psicólogo
1.6. CARITAS .....	1. T Social,	2. Otros		
1.7. GUARDIA URBANA				
1.8. Otros: _____				

## 2. LA MISMA VÍCTIMA PIDE AYUDA POR ESTE MOTIVO

3. FAMILIARES: 1. Hijo, 2. Conyuge, 3. Herm., 4. Nieto, 5. Cuñado, 6. Yerno, 7. Nuera  
4. VECINOS o amigos  
5. OTROS \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

1. EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2. SEXO: 2.1 HOMBRE 2.2 MUJER

3. ESTADO CIVIL: 3.1 SOLTERO 3.2 CASADO  
3.3 SEPARADO - DIVORCIADO 3.4 VIUDO

4. LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

5. GRUPO ETNICO O CREENCIAS Y GRUPOS CULTURALES CARACTERÍSTICOS:  
\_\_\_\_\_

6. DOMICILIO	6.1 PROPIO-PAREJA	6.2 FAMILIAR
	6.3 ALQUILER PROPIO-PAREJA	6.4 ALQUILER FAMILIA
	6.5 PENSIÓN	6.6 SIN TECHO
	6.7 OTROS: _____	

7. VIVE CON:	7.1 SOLO	7.2 PAREJA
	7.3 HIJOS	7.4 FAMILIARES
	7.5 CUIDADOR	7.6 OTROS: _____

GENOGRAMA

8. RESIDENCIA      8.1 FIJA  
                          8.2 ROTATORIA  
                          MESES/AÑO QUE PASA EN LA ACTUAL: N° \_\_\_\_\_  
                          DESCRIBOR LA ROTACIÓ SI VIVE EN DIFERENTES DOMICILIOS:
- 
9. ESTUDIOS      9.1 No sabe leer ni escribir      9.2 Ha aprendido a leer y escribir  
                          9.3 Primaria      9.4 Estudios superiores  
                          9.5 NS
10. ULTIMA PROFESION : \_\_\_\_\_
11. PERCIBE ALGUNA PENSION      11.1 SI      11.2 NO      TIPO: \_\_\_\_\_
12. PERCIBE ALGUNA PRESTACIÓN SOCIAL      12.1. SI      12.2. NO      TIPO: \_\_\_\_\_
13. INGRESOS ANUALES:      13.1 Menores a 3.000 Eu      13.2 De 3.000 a 6.000 Eu  
    13.3 De 6.000 a 9.000 Eu      13.4 De 9.000 a 12.000 Eu  
    13.5 De 12.000 a 18.000 Eu      13.6 Más de 18.000 Eu  
    13.7 NS
14. OTROS BIENES:      14.1 Bancarios      14.2 Bienes inmuebles  
    14.3 Otros: \_\_\_\_\_

SUPORTE SOCIAL

15.- Tiene posibilidad de reunirse o conversar con parientes o amigos?

- 15.1 Menos de una vez al mes      15.2 Una vez al mes  
 15.3 Algunas veces al mes      15.4 Una vez a la semana  
 15.5 Algunas veces a la semana      15.6 Todos los días

16.- Tiene posibilidad de asistir a la Iglesia, al Centro de personas mayores, o a otra organización?

- 16.1 Menos de una vez al mes      16.2 Una vez al mes  
 16.3 Algunas veces al mes      16.4 Una vez a la semana  
 16.5 Algunas veces a la semana      16.6 Todos los días

17.- Tiene alguien en quien confiar?      17.1 SI      17.2 NO

18.- Puede contar con alguien que le ayude, que no sea profesional, en caso de incapacidad o enfermedad?

- 18.1 SI      18.2 NO



**CUIDADOR PRINCIPAL**

19. TIENE UN CUIDADOR DEFINIDO? 19.1 SI 19.2 NO
20. EDAD ESTIMADA 20.1 De 18 a 35 20.2 De 36 a 50 años  
20.3 De 50 a 65 años 20.4 De 66 a 75 años  
20.5 De 76 a más 20.6 NS
21. SEXO: 21.1 Hombre 21.2 Mujer
22. RELACIÓN: 22.1 Mujer / Marido 22.2 hijo/a  
22.3 Nuera/ Yerno 22.4 Vecino / a  
22.5 Profesional (atención formal)
23. TREBAJA FUERA DE CASA? 23.1 SI 23.2 NO
24. QUANTOS AÑOS HACE QUE CUIDA DEL ANCINO? Nº años : \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE SERVICIOS PREVIOS A LA DETECCIÓN**

25. HA SIDO VISITADO POR UN MEDICO EN EL ULTIMO AÑO? 1. SI 2. NO 3. NS
26. HA SIDO VISITADO PER TRABAJADOR SOCIAL EL ULTIMO AÑO? 1. SI 2. NO 3. NS
27. HA SIDO INGRESADO EN UN HOSPITAL EN EL ULTIMO AÑO? 1. SI 2. NO 3. NS
28. HA SIDO INGRESADO EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO ? 1. SI 2. NO 3. NS
29. HA UTILIZADO ALGÚN CENTRO DE DÍA? 1. SI 2. NO 3. NS
30. HA UTILIZADO ALGÚN CENTRO DE RESPIRO? 1. SI 2. NO 3. NS
31. HA UTILIZADO ALGÚN OTRO TIPO DE SERVICIO? 1. SI 2. NO 3. NS
32. Nº DE MEDICAMENTOS QUE TOMA EN ESTE MOMENTO? 1. IGUAL O MÁS DE 4  
2. MENOS DE 4

33. INCAPACITACIÓN JURÍDICA: 33.1 NO 33.2 EN PROCESO
- 33.3 SI → Des de cuando? :  
33.4 NS Relación/parentesco del tutor \_\_\_\_\_

34. HI TENIDO ALGUN PROCEDIMIENTO JUDICIAL O DE DENUNCIA?

- 34.1 SI  
34.2 NO  
34.3 NS

En caso afirmativo hacer una descripción:

**CARACTERÍSTICAS DE LA VÍCTIMA**

35. VULNERABILITAT FÍSICA (Grado de dependencia en les actividades de la vida diaria):

- 35.1 NO  
35.2 SI  
35.3 NS

→ LLENAR:

- 35.21 ESCALA REALIZADA  
35.22 CONSTA EN LA HISTORIA CLÍNICA  
35.23 OPINIÓN DEL PROFESIONAL QUE LLEVA EL

## CASO

TIPO DE ESCALA APLICADA (BARTHEL, LAWTON...): \_\_\_\_\_  
 Puntuación: \_\_\_\_\_

36. VULNERABILITAT PSICOLÒGICA

36.1 NO

36.2 SI → LLENAR :

36.3 NS

36.21 ESCALA REALIZADA

36.22 CONSTA EN LA HISTORIA CLÍNICA

36.23 OPINIÓN DEL PROFESIONAL QUE LLEVA EL CASO

TIPO DE ESCALA APLICADA (PFEIFFER ,MINI MENTAL...): \_\_\_\_\_  
 Puntuación: \_\_\_\_\_

37. VULNERABILITAT EMOCIONAL

37.1 NO

37.2 SI → LLENAR:

37.3 NS

37.21 ESCALA REALIZADA

37.22 CONSTA EN LA HISTORIA CLÍNICA

37.23 OPINIÓN DEL PROFESIONAL QUE LLEVA EL CASO

TIPO DE ESCALA APLICADA (YESAVAGE, HAMILTON, GOLDBERG): \_\_\_\_\_  
 Puntuación: \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

38. ES EL POSIBLE AGRESOR / A:

38.1 Cuidador

38.2 Familiar (no cuidador): \_\_\_\_\_

38.3 Otros \_\_\_\_\_

39. EDAD ESTIMADA

39.1 De 18 a 35 años

39.2 De 36 a 50 años

39.3 De 50 a 65 años

39.4 De 66 a 75 años

39.5 De 76 a más

39.6 NS

40. SEXO:

40.1 Hombre

40.2 Mujer

41. RELACIÓN CON LA VÍCTIMA:

41.1 Mujer/ Esposo

41.2 Hijo/a

41.3 Nuera / Yerno

41.4 Vecino/a

41.5 Profesional (atención formal)

41.6 Otros

42. AGRESOR/A: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

42.1 Trastornos mentales y emocionales y/o psiquiátricos.

42.2 Drogadicciones (especificar sustancia: alcoholismo...)

42.3 Poca preparación para cuidar de un enfermo

42.4 Pocos recursos personales con falsas expectativas o incomprensión de la enfermedad.

42.5 Es económicamente dependiente de la víctima (incluye no tener vivienda propia)

- 42.6 Hacer de cuidador/a durante más de 9 años
- 42.7 Pasar por crisis personales (Acontecimientos vitales como divorcio, duelo, paro..)
- 42.8 Cuidador/a agotado "quemado"
- 42.9 Cuidador que hace la tarea a disgusto .
- 42.10 Problemas de conflictos personales entre agresor y víctima
- 42.11 Pobre relación interpersonal con la víctima en el pasado y/o falta de relación afectiva actual
- 42.12 Falta de recursos sociales de soporte del cuidador
- 42.13 El agresor culpabiliza al anciano de la situación.

**43- TIPOS DE MALOS TRATOS:**

	1. DETECTADO	2. SOSPECHADO
43.1 FÍSICO		
43.2 SEXUAL		
43.3 PSICOLÓGICO		
43.4 ECONÓMICO		
43.5 NEGLIGENCIA		
43.6 AUTONEGLIGENCIA		
43.7 ABANDONO		
43.8 VULNERACIÓN DE DERECHOS		

**44.- DESCRIPCIÓN DEL MALTRATO (S) DETECTADO(S)**

*(AÑADIENDO SI SE CONOCE, LAS FECHAS, EL LUGAR, LA FRECUENCIA, LA DURACIÓN, QUIEN ES LA PERSONA QUE MALTRATA Y LA RELACIÓN QUE MANTIENE CON LA VÍCTIMA, ASÍ COMO LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUCE).*

**45.- DESCRIPCIÓN DE POSIBLES ANTECEDENTES DE VIOLENCIA FAMILIAR**  
(ENTRE VÍCTIMA Y AGRESOR/A, O CONFLICTOS ENTRE ELLOS NO RESUELTOS A LO LARGO DE LA VIDA, O CULTURA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR)

**46.- DESCRIBA SI HAY CIRCUNSTANCIAS DE POBREZA EXTREMA O MODERADA**

**47.- DESCRIBIR LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO HASTA EL MOMENTO ACTUAL.**  
(ENTREVISTAS, DERIVACIONES, COORDINACIONES INSTITUCIONALES, DENUNCIAS, DEMANDAS DE AYUDAS O SOLICITUDES, OTROS...)

**48.- VALORE LA VIABILIDAD Y ACCESIBILIDAD PREVISTA PARA LA INTERVENCIÓN**