

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo de Fin de Grado

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES



Ana Cristina Casalé Arregui
M^a Elena Espés Franca
Inés Pérez Cinto
Director: Javier Martín Peña

Zaragoza, Junio de 2014



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

INDICE

	Páginas
1. Introducción.	4
1.1. Presentación del proyecto.	4
1.2. Objetivo del trabajo.	5
1.3. Metodología empleada.	5
2. Fundamentación.	6
2.1. Revisión sobre los malos tratos a personas mayores.	6
2.2. Revisión sobre actuaciones realizadas sobre detección e intervención en casos de malos tratos a personas mayores en el domicilio.	54
2.3. Datos de personas mayores en el municipio de Ejea de los Caballeros.	68
2.4. Servicios Sanitarios y Sociales existentes en el municipio de referencia con implicación en el proyecto.	69
2.5. Análisis general de necesidades sociales y del contexto.	69
3. Diseño del proyecto.	71
3.1. Descripción del marco institucional: el Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros.	71
3.2. Delimitación del ámbito territorial de actuación al municipio de Ejea de los Caballeros.	73
3.3. Delimitación temporal del proyecto.	74
3.4. Objetivos generales y específicos del proyecto.	74
3.5. Diseño del procedimiento y actividades a desarrollar.	75
3.6. Cronograma de desarrollo del proyecto.	85
3.7. Evaluación y seguimiento del proyecto.	86
3.8. Recursos humanos y materiales.	87
3.9. Equipo de trabajo.	88
3.10. Presupuesto y fuentes de financiación del proyecto.	88
4. Conclusiones.	89

5. Referencias bibliográficas.	92
6. Anexos.	101
6.1. Anexo I. Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes en personas mayores (EDMA).	101
6.2. Anexo II. Cuestionario Canadian Task Force.	113
6.3. Anexo III. Cuestionario EAST (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test).	114
6.4. Anexo IV. Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato en el anciano de la American Medical Association (AMA).	115
6.5. Anexo V. Elder Abuse Suspicion Index (EASI).	116
6.6. Anexo VI. Indicadores de maltrato en el cuidador y la persona mayor (IOA).	118
6.7. Anexo VII. Índice de Barthel.	120
6.8. Anexo VIII. Escala de Lawton & Brody.	122
6.9. Anexo IX. Examen mini mental de Folstein.	124
6.10. Anexo X. Escala de depresión de Yesavage.	125
6.11. Anexo XI. Test de Pfeiffer.	127
6.12. Anexo XII. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.	128

1. Introducción.

1.1. Presentación del proyecto

Las sociedades desarrolladas experimentan un aumento progresivo de la esperanza de vida, lo que conlleva, junto a la baja tasa de natalidad, un envejecimiento progresivo de la población acompañado de altas tasas de dependencia. Así se prevé que en el año 2020 habrá más personas mayores de 65 años que niños y en el año 2050 los mayores de 85 años serán el doble del número actual (Bover, 2003). Concretamente, el número de personas mayores pasó de doscientos millones en 1950 a cuatrocientos millones en 1982 y se calcula que llegará a mil doscientos en el año 2025. Según datos del IMSERSO de 1999 el porcentaje de personas mayores dependientes en España se sitúa entre un 10 y un 15% de las personas mayores de 65 años.

A este aumento de la dependencia hay que añadir otros factores derivados de los cambios socioeconómicos y de la percepción social de la vejez; incorporación de la mujer al trabajo, sistemas socio sanitarios no preparados para dar respuesta a la demanda existente, recayendo en la familia la responsabilidad en el cuidado de la persona dependiente. Esta doble presión de exigencia de mayor cuidado y de menor disponibilidad provoca un importante impacto en la salud, tanto en los ancianos como en la familia cuidadora.

Los cambios socioeconómicos (era de la industrialización y de la tecnología, revolución de los medios de comunicación, promoción del consumo como valor, exaltación de la juventud) han aportado rápidos cambios también de valores, de esta forma el papel actual del anciano está poco definido y con poca relevancia. El trato al mayor viene definido por la comunidad en la que nos encontremos, por sus patrones culturales. Así, las sociedades tradicionales les reservan un papel más principal y son tratados con respeto. En las sociedades más desarrolladas mantienen un estatus más bajo. Los españoles entendemos como una obligación moral el cuidado, lo que coincide con el

deseo de las personas mayores, que suelen preferir ser cuidados en el ámbito familiar que en el institucional.

Precisamente, la progresiva pérdida de valor social de la vejez así como los estereotipos que rodean esta etapa, parecen ser uno de los factores que pueden favorecer el maltrato a las personas mayores.

Respecto al maltrato a las personas mayores, una de las razones que los explica es la pérdida de valor social de la vejez y los estereotipos que rodean esta etapa (Pérez-Rojo, 2013). El interés por el maltrato a las personas mayores es bastante reciente, la mayor repercusión social la está teniendo el maltrato infantil y la violencia de género, aunque en los últimos años se está trabajando cada vez con mayor intensidad y se ha revelado como un importante problema social.

De todas las posibles intervenciones en prevención y tratamiento que se podrían desarrollar, centrará este trabajo su atención en la Prevención Secundaria, detección precoz del maltrato, con el objetivo de aumentar su detección, mejorar la planificación de los cuidados y promover la prevención de los malos tratos en personas mayores, desarrollando un protocolo de actuación para profesionales de la salud y lo social.

1.2. Objetivo del trabajo.

El objetivo general de este proyecto es crear un protocolo que sirva de guía de actuación socio-sanitaria para la detección de malos tratos en las personas mayores en el ámbito domiciliario, así como establecer los mecanismos posteriores de intervención para el abordaje integral de estas situaciones en el municipio de Ejea de los Caballeros.

1.3. Metodología empleada.

1. Elección del tema del trabajo y concreción del mismo.
2. Planteamiento de objetivos generales y específicos a conseguir con el trabajo.

3. Revisión y fundamentación teórica del tema de los malos tratos a las personas mayores, a partir de estudios científicos e información sobre la población mayor de la localidad donde se va a ubicar nuestro proyecto.
4. Contacto con instituciones de la localidad si es preciso.
5. Diseño del proyecto.
6. Redacción del trabajo, según esquema propuesto.
7. Modificaciones y/o reajustes del proyecto.
8. Presentación del proyecto.

2. Fundamentación teórica

2.1. Revisión sobre los malos tratos a personas mayores

Con el fin de obtener la máxima información posible sobre los diferentes aspectos teóricos de este tema, así como que ésta sea actualizada, se realiza una búsqueda exhaustiva en varias bases de datos científicas cuyas materias son especializadas tanto en Ciencias Sociales (Trabajo Social) como en Psicología y también en bases de datos de carácter multidisciplinar.

Concretamente, se consultan las bases de datos que a continuación se enumeran: Dialnet, ISI Web of Knowledge, TDR, Scopus, SIIS, Social WorkAbstracts, Socyindex, CSIC-ISOC y Scholar Google. Las palabras clave para realizar las búsquedas en castellano han sido: protocolo, malos tratos, abuso, negligencia, personas mayores, factores de riesgo, cuidadores informales, abuso familiar, abuso en mayores, sospecha de abuso, instrumentos de detección, instrumentos de medida. Para la búsqueda en inglés, las *key words* utilizadas han sido: *protocol, mistreatment, maltreatment, abuse, negligence, elderly, older people, risk factors, informal caregiver, family abuse, elder abuse, suspected abuse, tools detection, instruments of measurement*. En cuanto a los filtros utilizados fundamentalmente ha sido el idioma, seleccionando textos en castellano e inglés aunque también se ha recopilado algún texto en francés y catalán.

Principalmente se han utilizado artículos con acceso al texto completo de manera libre. Sin embargo se han considerado otros en cuyo resumen se ha

detectado la existencia del algún proyecto o entidad interesante, acudiendo posteriormente a su búsqueda en internet ya que algunas de ellas poseen páginas web propias donde se ha podido acceder a la información sobre su funcionamiento y programas de actuación. En la búsqueda efectuada se ha localizado información en varios formatos, siendo todos ellos utilizado para completar esta revisión teórica. Se han utilizado artículos de revistas, libros, guías de actuación y documentos de entidades no publicados, información depositada en páginas web, artículos de periódicos, etc.

La información recopilada se ha estructurado en varios bloques con el fin de facilitar el manejo y tratamiento de la misma. Estos son:

1. Documentación que ofrece información para la elaboración del marco teórico que describe el fenómeno de los malos tratos (concepto y tipos, antecedentes, modelos teóricos, líneas de investigación, causas, factores de riesgo, barreras para la detección, indicadores para la detección, medidas legislativas, visión de los profesionales, el ámbito familiar,...)
2. Documentación relativa a la sensibilización y formación de los profesionales.
3. Guías y protocolos de actuación en situaciones de malos tratos a personas mayores.
4. Guías y folletos divulgativos para la prevención y detección de situaciones de malos tratos a personas mayores.
5. Información sobre entidades que trabajan en la sensibilización, prevención, detección y atención a personas mayores que sufren malos tratos. Actuaciones y proyectos.
6. Noticias de actualidad relacionadas con el tema en nuestra Comunidad Autónoma y en España.
7. Instrumentos y escalas utilizadas en la detección de situaciones de malos tratos a personas mayores.
8. Algoritmos y procesos de intervención para la detección de situaciones de malos tratos a personas mayores.

Antecedentes históricos del maltrato al mayor. El maltrato de las personas mayores por los miembros de la familia se remonta a la antigüedad. Sin embargo, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX, este tema se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público.

El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término "*granny battering*", que podría traducirse como "abuelita golpeada". Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales. Durante los años ochenta se informó de investigaciones científicas y medidas de gobierno en Australia, Canadá, China (la RAE de Hong Kong), Estados Unidos, Noruega y Suecia, y en el decenio siguiente en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sudáfrica y otros países europeos.

Aunque el maltrato de los ancianos se identificó por primera vez en los países desarrollados, donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdóticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un fenómeno universal. El hecho de que ahora el maltrato de los ancianos se esté tomando mucho más en serio es un reflejo del interés cada vez más generalizado por los derechos humanos y la igualdad en materia de género, y también por la violencia doméstica y el envejecimiento de la población.

La edad a partir de la cual una persona puede considerarse "anciana" no está definida con precisión, lo que dificulta las comparaciones entre los estudios y entre los países.

En las sociedades occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de la jubilación (60 ó 65 años). Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo este concepto social basado en la edad de la jubilación no tiene mayor significado. En estos países son más

importantes las funciones que se asignan a cada persona en las distintas etapas de la vida. Por lo tanto, se considera que la vejez es el período de la vida en que las personas, debido a la pérdida de su capacidad física, ya no pueden desempeñar las funciones familiares o laborales que les corresponden.

Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 o más años aumentará a más del doble, de 542 millones en 1995 a cerca de 1.200 millones. El número total de personas mayores que viven en los países en desarrollo también aumentará en una proporción similar para 2025, llegando a 850 millones de personas, es decir, 12% de la población total del mundo en desarrollo, aunque en algunos países, como Colombia, Indonesia, Kenia y Tailandia, se prevé que aumente más de cuatro veces.

En todo el mundo, un millón de personas cumplen 60 años en un mes cualquiera, y de esa cifra, el 80% corresponde al mundo en desarrollo. Las mujeres sobreviven a los hombres en casi todos Los países del mundo, ricos y pobres. Sin embargo, esta brecha de género es considerablemente más estrecha en los países en desarrollo, debido sobre todo a que las tasas de mortalidad materna son mayores y, en los últimos años, también a la epidemia de SIDA. Estos cambios demográficos están ocurriendo en los países en desarrollo simultáneamente con el aumento de la movilidad y la modificación de las estructuras familiares. La industrialización está socavando modelos muy antiguos de interdependencia entre varias generaciones de una misma familia.

Cambios sociales y emergencias de nuevas situaciones.

En estos últimos años y especialmente después de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, el análisis y la reflexión sobre el mundo y las condiciones de vida de las personas mayores se han convertido en el tema central. Parece que la realidad de estas personas ha empezado a ser más visible y que la sociedad en su conjunto está más interesada en ocuparse de las necesidades y demandas de las personas el fin de que recuperen o alcancen un rol social más activo, se les reconozcan unos derechos, se les faciliten unos recursos sociales, una atención y respeto que no siempre han estado garantizados.

No solamente se pone de manifiesto la relevancia de su importancia desde una perspectiva demográfica, sino que se trabaja activamente para que la sociedad tenga más en cuenta a las personas mayores en todos los órdenes de la vida: en lo social, en lo cultural, en lo político, en el ocio, en el consumo, etc.

El estudio y análisis del envejecimiento de la población, sobre todo en los países más desarrollados, ponen de manifiesto los grandes cambios sociales que se han producido en las sociedades desarrolladas como consecuencia de los avances en salud, los cambios en el nivel y calidad de vida, en el consumo, en el nivel educativo, etc., pero también ponen de manifiesto los riesgos, las carencias, la vulnerabilidad, la falta de protección o la falta de servicios para atender a las cada vez más numerosas, urgentes y cambiantes demandas y necesidades de este colectivo. Los problemas de soledad, aislamiento familiar, abusos y maltrato, tanto de tipo económico como emocional o físico, tanto en el ámbito familiar como en el ámbito institucional, empiezan a encender las alarmas sociales.

El envejecimiento de la población supone un avance sanitario y social importante. Las personas mayores de nuestra sociedad han conseguido algunas metas indiscutibles:

- Mejor calidad de vida.
- Están más y mejor informados y formados.
- Tienen mayor presencia y participación en la vida social.
- Gozan de mejores condiciones económicas, en términos generales, que en generaciones anteriores, aunque sigan siendo insuficientes o escasas.
- Disfrutan de mayor independencia y vida autónoma.
- Tienen mejores oportunidades para disfrutar del tiempo libre y del ocio.
- Existen más y mejores recursos y servicios sociales...

Pero frente a estas conquistas indiscutibles también se ponen de manifiesto algunas pérdidas y situaciones importantes, unas ya clásicas y otras nuevas o que se expresan de forma diferente:

- Pérdida de autoridad y de reconocimiento social.

- Diferencias entre las personas mayores, que hundan sus raíces en la propia condición de clase social.
- Diferencias importantes en función del género.
- Diferencias en función del medio de vida; es decir, entre las personas mayores que viven en ciudades o núcleos grandes, donde se concentran los servicios y las personas mayores que viven en pequeñas poblaciones donde el acceso a determinados servicios sanitarios, sociales, lúdicos, etc., son totalmente diferentes...

Podríamos decir que tanto los avances y cambios positivos como los riesgos ponen de manifiesto la gran diversidad de situaciones e incluso de formas de incluir a las personas mayores en la dinámica social.

Haber prolongado el momento del envejecimiento, haber conseguido "ganar más años a la vida" es sin duda el resultado de grandes avances, logros y conquistas sociales, pero todo ello se ha dado unido a unos grandes cambios y revoluciones sociales que no siempre han contribuido a proteger el entorno de los mayores y a garantizarles una protección jurídica y social adecuada. Las situaciones de abuso, negligencia, abandono o maltrato también son conductas y comportamientos que emergen en la relación con las personas mayores, tanto por parte de profesionales como por parte de familiares, sobre todo cuando el envejecimiento limita las capacidades y autonomía de las personas, volviéndolas más frágiles y vulnerables.

En consecuencia, podemos afirmar que el envejecimiento de la población, lo que sin duda supone un enorme progreso, representa, a la vez, un reto en las políticas y sistemas de bienestar social, permitiendo que las personas mayores puedan seguir participando en la sociedad y tener unos servicios asequibles, apropiados y ajustados a sus necesidades.

Prevalencia

En España, vamos a partir de los resultados que se desprenden del interesante, reciente y pionero estudio de Iborra (2008), que supone el primer trabajo de investigación sobre el tema a nivel estatal. Pero también nos ocuparemos de los datos obtenidos a raíz de los valiosos estudios sobre malos

tratos hacia personas mayores de Ruiz *et al.* (2000), Bazo (2001), Risco *et al.* (2005), Pérez-Rojo *et al.* (2008), García (2004), y Sánchez *et al.* (2004)

Para empezar, en cuanto a los resultados globales, como ya hemos venido constatando con anterioridad al referirnos al contexto internacional, los porcentajes de prevalencia de las situaciones de maltrato también varían considerablemente de uno a otro estudio.

Los estudios de Risco (2005) y de Pérez-Rojo (2008) muestran tasas muy elevadas de prevalencia entre las personas mayores participantes. En concreto en la investigación de Risco (2005) hasta un 52% de las personas mayores a las que se aplicó el cuestionario contestan positivamente al menos a una de las preguntas en relación con la existencia de alguna forma de maltrato. Pero esa cifra baja considerablemente (10,6%) si establecemos la positividad en dos o más preguntas como valor a partir del cual considerar la sospecha real de maltrato.

En el caso del estudio de Pérez-Rojo (2008) en un 44,6% de la muestra aparece sospecha o riesgo de maltrato. En la investigación de Iborra (2008) la diferencia entre la tasa de prevalencia obtenida de la muestra de personas mayores de 64 años (0,8%) – esto es, aquellas personas mayores que señalan haber sido víctima de alguna forma de maltrato – es notablemente inferior a la obtenida de la muestra de cuidadores de personas mayores dependientes (4,6%), porcentaje referido a aquellos cuidadores o cuidadoras que indican haber maltratado de alguna forma a la persona mayor a su cargo. En un reciente estudio llevado a cabo en el País Vasco, la tasa de prevalencia de maltrato revelado según los mayores encuestados alcanza el 0,9%, pero el 1,5 % según el entrevistador o entrevistadora (Sánchez 2004). Mientras que el estudio llevado a cabo en la provincia de Gerona, la tasa de prevalencia general era de un 29,3% referida a la sospecha de maltrato, descendiendo a 3,6% cuando se sospechaban dos tipos de maltrato y a un 0,1% cuando se sospechaban tres tipos de maltrato diferente.

Los resultados de los estudios mencionados abarcan e identifican las tipologías más usuales y frecuentemente manejadas en la literatura sobre el

maltrato familiar hacia los mayores. Pero, en general, resultan bastante eclécticos, no permitiendo vislumbrar tendencias claramente marcadas. Lo que no hace más que evidenciar la necesidad de un mayor número de investigaciones que analicen el tema y que nos ayuden a dimensionar la situación así como una urgente unificación de criterios relacionados con la definición de maltrato hacia las personas mayores y su tipología.

En definitiva, a pesar de las importantes variaciones entre los resultados de un estudio a otro, no que hay que perder de vista que se viene aceptando como plausible el dato de que entre un 4 y un 5% de los mayores de 65 años sufren alguna forma de malos tratos en el mundo. Teniendo en cuenta el porcentaje de población de edad superior a 65 años en España, un cálculo aproximado arrojaría una cifra en torno a los 350.000 ancianos y ancianas afectados. La conclusión, por lo tanto, es evidente y a ella llegan todos los estudios aquí reseñados: la prevalencia del maltrato (o su sospecha) hacia las personas mayores es elevada también en la sociedad española y estamos ante un problema de magnitud considerable frente al que la sociedad debe tomar conciencia y responder con medidas y políticas adecuadas.

Principales modelos teóricos implicados en el estudio de malos tratos.

Basándonos en la síntesis que recoge Rueda (2008), este, elabora la tabla 1, donde se recogen los principales planteamientos de estas teorías o enfoques.

Tabla 1. Principales modelos teóricos implicados en el estudio de los malos tratos.

	Modelo Psicológico	Modelo sociológico	Modelo Ecológico
Características	<p>La causa de la violencia se encuentra en las características patológicas del cuidador: (trastornos neuróticos o psicóticos, drogas), dependencia económica, alcoholismo, enfermedad mental...</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para controlar los impulsos. -Estados de ansiedad altos. -Baja autoestima. -Escasa empatía con la persona que cuidan. -Afectividad negativa hacia la persona que cuidan. -Depresión y estrés. 	<p>Las condiciones sociales, valores, prácticas culturales, como factores que estimulan la violencia social y el maltrato a los mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El estrés social o laboral en interacción con factores culturales, ambiente familiar o institucional se suman hasta propiciar un comportamiento agresivo. -Los factores económicos, la pobreza social o personal, la precariedad laboral. -El aislamiento social o la falta de apoyos sociales del cuidador 	<p>La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.</p> <p>El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.</p>
Perspectivas teóricas	<ul style="list-style-type: none"> -Teoría del "aprendizaje social". -Teoría del apego. -Cognición social. -Interaccionismo: teoría de la reciprocidad desequilibrada. 	<ul style="list-style-type: none"> -La teoría de la desventaja social. -La sobrecarga del cuidador. -El aislamiento social o empobrecimiento de redes sociales. -Teorías sobre la violencia doméstica basadas en la perspectiva de género, en el patriarcado, en el "edadismo". 	<p>Modelo teórico de Bronfenbrenner: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema.</p> <p>Modelos de interacción social.</p>

Nota. Rueda (2008, p. 24-33).

¿Por qué se producen los malos tratos?

Los malos tratos hacia las personas mayores no son un fenómeno nuevo, lo nuevo es la forma de abordarlos e intervenir en ellos. El incremento demográfico de personas mayores en la última mitad del siglo XX y las previsiones sobre el progresivo envejecimiento de la población, junto a los cambios producidos en la estructura y en la función de la familia, que

tradicionalmente era la proveedora de los cuidados a los mayores, dejan al descubierto una serie de vacíos sobre quién y cómo tiene la obligación de atender las necesidades de las personas mayores y cuáles son los medios más adecuados para satisfacerlas.

Las causas que conducen a que la vejez sea una etapa de marginación y vulnerabilidad, en la que el maltrato puede desarrollarse, se sedimentan en el hecho de que la vejez es considerada improductiva, sin valor y una carga para la sociedad y para la familia. Este fenómeno se denomina edadismo (discriminación por la edad). Los mitos y estereotipos sobre la vejez comportan actitudes negativas y favorecen la infravaloración social, incluyendo en ella la de las propias personas mayores, generando de esta forma un sentimiento de inutilidad y estorbo que afecta a la salud física y psíquica.

Se hace preciso modificar la visión sobre las personas mayores, reconociendo su papel en la sociedad, reconsiderándolos como individuos de pleno derecho y con sus deberes, atendiendo adecuadamente a las situaciones de ayuda que puedan surgir.

¿Qué es el maltrato?

La Acción contra el Maltrato al Mayor (Action on Elder Abuse), del Reino Unido, elabora una definición seguidamente adoptada por INPEA. Dicha definición declara: «El maltrato al mayor es un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.» (Organización Mundial de la Salud. INPEA, 2002)

En España, en la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, celebrada en Almería el 4 de Mayo de 1995, se elaboró la llamada Declaración de Almería en la que se acuerda una definición de maltrato al anciano: *"Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo,*

constatable objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio donde suceda".(Organización Mundial de la Salud, 2002)

En el año 2002, las Naciones Unidas, a través de la OMS, impulsa el estudio de los malos tratos hacia las personas mayores, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, haciendo público el informe "Voces Ausentes". El 17 de noviembre de 2002 se diseñó la denominada Declaración de Toronto, en la que se definen los malos tratos como "*Acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana*". (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano INPEA, 2002).

Desde una perspectiva jurídica, Martínez (2005) define como maltrato "aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tiene como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada y basadas en el hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo".

El Informe especial del Justicia de Aragón define como maltrato "cualquier acto único o repetido, o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia a una persona de edad"

Muñoz recoge otras definiciones sobre el maltrato, destacar entre ellas:

- O´MALLEY (1983): "Intervenciones activas ejercidas por los cuidadores y que provocan daño físico, psicológico o económico al anciano".
- PODNIESKS (1985): "Cualquier acto o conducta de la familia o del cuidador principal que provoca daño físico o mental o negligencia a las personas ancianas".
- JOHNSON (1986): "Todo sufrimiento inútil que soporta la persona mayor y que afecta a su calidad de vida".
- JOHNSON (1991): "La imposición, a uno mismo o a otros, de un sufrimiento innecesario para el mantenimiento de la calidad de vida de las personas

mayores, por medio del maltrato y la negligencia al sentirse desbordado por sus obligaciones”.

¿Dónde pueden tener lugar los malos tratos?

En el medio familiar (o ámbito doméstico). Se refiere a las personas que viven en su domicilio o dentro de un contexto familiar o de confianza. Según los datos existentes, los malos tratos dentro del domicilio los producen con mayor frecuencia los hijos/as y en menor medida los esposos u otros familiares; no obstante, también pueden ser ocasionados por vecinos u otros conocidos.

Uno de los factores que genera mayor riesgo de vulneración de derechos es el de encontrarse en situación de dependencia. Constituye uno de los elementos más relevantes a la hora de explicar situaciones de malos tratos a las personas mayores. Recordemos que, según diversas fuentes, entre el 83% y el 90% de las personas mayores en situación de dependencia reciben ayuda de sus familias en sus domicilios (Fundación Viure e Convieure, 2007). La familia, en este caso, pasa a ser el principal agente proveedor de atención a los mayores.

En el medio institucional La violencia institucional se asocia con características del cuidado a corto o largo plazo en instituciones públicas o privadas. Utilizar el término institución nos remite a una gran diversidad de establecimientos prestadores de servicios de salud, socio sanitarios y de servicios sociales (hospitales, casas de convalecencia, residencias geriátricas, centros de día, etc.).

Las personas mayores están particularmente expuestas a ser víctimas de los malos tratos en instituciones por:

- a) Las características del establecimiento: La titularidad (pública o privada); el número de profesionales y trabajadores en relación al número de usuarios; la dependencia económica; ubicación; condiciones de habitabilidad; personal suficientemente cualificado y bien formado; falta de directrices claras y coherentes para atender a los mayores; la organización, coordinación y supervisión.

b) Las características del personal (trabajadores y profesionales de los centros). La edad, la formación, la motivación, las habilidades, los rasgos de personalidad, el estrés y el agotamiento a causa de las condiciones de trabajo, el no comprender la cultura y los valores de las personas a las que se atiende.

c) Las características de las propias personas mayores internas o residentes. En ocasiones, las personas que viven en las instituciones padecen estados de salud deteriorados, bien física o cognitivamente, y eso hace que su capacidad de desenvolverse autónomamente por el centro sea deficiente y, en ocasiones, con conductas que irritan al personal. Lo peligroso de la situación es que no pueden manifestar su situación de maltrato.

En el medio social o estructural. Este ámbito hace referencia al maltrato proveniente de las distintas administraciones (ausencia de políticas sociales adecuadas para personas mayores maltratadas) y otras estructuras sociales, que por su funcionamiento y trato, marginan a las personas mayores. Como ejemplo destacan las pensiones bajas, las barreras arquitectónicas, las listas de espera para atenciones quirúrgicas, los impedimentos burocráticos para acceder a recursos de apoyo (centros de día, viviendas tuteladas, etc.). Los retrasos en las respuestas por parte de la administración pueden llevar a situaciones en las que los mayores queden desprotegidos y sin atención.

Se incluyen también las situaciones de acoso inmobiliario por el cual empresas o particulares con pocos escrúpulos consiguen desahuciar a personas mayores de sus domicilios mediante tretas y engaños legales.

Diferentes formas de maltrato

En la documentación consultada, se abordan las formas de maltrato de forma similar, estableciendo como norma general la siguientes formas de maltrato: *físicos, psicológicos, sexuales, financieros, negligencia y abandono, obstinación diagnóstica, obstinación terapéutica, autonegligencia, vulneración de los derechos...* Destacamos además dos nuevos síndromes que están tomando gran relevancia en nuestra sociedad: el síndrome de la abuela esclava y el síndrome de Diógenes.

Estas diferentes formas de maltrato se pueden ver en la tabla nº 2 relacionadas con los indicadores de malos tratos que se plantean brevemente a continuación.

Indicadores de malos tratos

Se han descrito múltiples situaciones, conductas, síntomas o signos que pueden hacernos sospechar la existencia de malos tratos a las personas mayores.

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

Ahora bien, un indicador de sospecha es simplemente eso, y no puede convertirse necesaria y definitivamente en un definidor de malos tratos. Su presencia, por tanto, no confirma la existencia de malos tratos, pero sí debe ponernos sobre aviso y nos obliga a indagar y recabar más información en busca de un diagnóstico que permita la intervención precoz.

Tabla 2. Tipos de maltratos hacia los ancianos en el ambiente familiar y sus indicadores

Tipo	Definición y conductas de maltrato	Indicadores – consecuencias para el anciano
Físico	-Uso de fuerza física que ocasiona daño corporal, dolor o deterioro físico: - Golpear - Empujar - Abofetear - Quemar - Encerrar en una habitación - Usar contención física - Usar contención química	-Moratones - Fracturas - Quemaduras - Marcas de ataduras en las mulecas - Dolor al ser tocado - Heridas - Desprendimiento de retina - Ausencia de pelo - Sangre en el cuero cabelludo

Tabla 2. (continuación)

Tipo	Definición y conductas de maltrato	Indicadores – consecuencias para el anciano
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazas - Aislamiento - Ignorar y menosprecio - Impedir tomar propias decisiones - Maltrato verbal - Infravaloración - Descalificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios repentinos de conducta - Miedo inexplicable - Ansiedad - Depresión - Impotencia o indefensión - Indecisión para hablar abiertamente - Poco comunicativo - Falta de contacto visual - Agitación
Económico	Usar propiedades y dinero sin consentimiento del anciano	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón irregular en gastos y/o retirada de dinero - Cambios repentinos en el testamento - Falta de utensilios-objetos que el anciano podría permitirse - Inclusión de nombres adicionales en la cuenta bancaria - Firmas falsificadas - Desaparición inexplicable de propiedades - Facturas no pagadas sin razón
Sexual	Cualquier contacto sexual sin consentimiento del anciano: <ul style="list-style-type: none"> - Tocamientos - Fotografías impúdicas - Asalto sexual - Sodomización - Violación - Desnudez forzada 	<ul style="list-style-type: none"> - Moratones alrededor del las mamas y/o genitales - Enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación racional - Hemorragias vaginales y/o anales sin explicación - Ropa interior rasgada, manchada o con sangre
Violación de derechos	Negar o no tener en cuenta los derechos fundamentales del anciano: <ul style="list-style-type: none"> - A la igualdad plena ante la ley - A la vida - A la libertad - Al honor, la intimidad personal y a la propia imagen - A la libertad de residencia - A recibir información veraz - A la participación activa en los asuntos públicos - A la tutela de los jueces 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la autoestima del anciano - Pérdida de confianza del anciano
Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Impedir asistir y/o recibir servicios religiosos - Impedir rezar y/o tener símbolos religiosos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - No acudir a los servicios religiosos

Tabla 2. (continuación)

Tipo	Definición y conductas de maltrato	Indicadores – consecuencias para el Anciano
Negligencia	-Conducta que amenaza la salud o la seguridad personal del anciano: - No cubrir las necesidades básicas del anciano - Abandono - Falta de privacidad - Malas condiciones ambientales y de asistencia.	-Carencia de cuidado personal - Úlceras por presión - Malnutrición - Deshidratación - Vestimenta inadecuada - Suciedad, falta de higiene
Obstinación diagnóstica	Realización de pruebas diagnósticas, para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo.	
Obstinación terapéutica	Utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.	
Autonegligencia	Cuando el comportamiento de una persona mayor amenaza su propia vida, salud o bienestar.	-Rechazar una vivienda, comer, lavar o vestirse. -Perder capacidad para garantizar propio bienestar
Síndrome de la abuela esclava	Se trata de una enfermedad grave que afecta a mujeres mayores con exceso de responsabilidades directas de ama de casa, cuidadora y educadora, funciones asumidas voluntariamente y con agrado durante muchos años.	-Elevado grado de sufrimiento crónico, con gran deterioro de la calidad de vida.
Síndrome de Diógenes	Conducta de aislamiento comunicacional con ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades básicas (como higiene, alimentación, cuidados de salud o vestido), reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica; se presenta habitualmente en personas solitarias.	-Rasgos de personalidad previos, que implican tendencia al aislamiento, dificultades de adaptación social, rechazo de las relaciones humanas, misantropía (persona que se aleja del trato con la gente), etc. - Factores estresantes propios de la edad tardía: dificultades económicas, muertes familiares, rechazo familiar, marginación social y otras. - La soledad que inicialmente puede surgir condicionada por las circunstancias y que posteriormente es buscada y deseada voluntariamente.

Tabla elaboración propia a partir de: A de Miguel: "Maltrato hacia los ancianos en el ámbito familiar", pp. 13-14. y Fundació Viure y Conviure "Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores.", 2007, pp. 37-40.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la aparición de malos tratos en personas mayores, pueden estar asociados a la víctima, al responsable de los malos tratos o al entorno.

Así mismo se habla tanto de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales, aspectos estos recogidos en la tabla nº 3.

Tabla 3. Factores de riesgo

FACTORES INDIVIDUALES	Sexo Femenino Edad >75 años Viudedad Dependencia Demencia Vinculación familiar Aislamiento Social Incontinencia Sin trabajo remunerado Circulo de violencia en la familia
FACTORES RELACIONALES	Parentesco Estrés, Síndrome Burnout Dependencia Económica Escaso contacto social Escasa formación Historia de violencia familiar Consumo de alcohol y/o tóxicos Problemas salud mental Condiciones de convivencia
FACTORES COMUNITARIOS	Aislamiento social Falta de apoyo social
FACTORES SOCIALES	Discriminación por edad.- Edadismo Cultura de la violencia Falta de recursos

Nota. Tabla de elaboración propia

Detectar el maltrato: El silencio una barrera.

Debemos comprender el silencio de las víctimas a fin de favorecer mejor la comunicación con ellas, teniendo en cuenta la difícil relación que ellas tienen con el entorno.

Comprender los temores y los miedos de las víctimas. Las personas mayores generalmente sienten unos temores que se sitúan en el exterior de la

persona, son realidades percibidas provenientes del entorno. Las víctimas piensan lo siguiente:

- Serán objeto de represalias, como ser abandonadas, ingresadas en un establecimiento residencial o temen perder la plaza que ocupan o las relaciones significativas (por ejemplo, sus nietos).
- Serán causa de un escándalo u origen de un conflicto en la familia.
- No se dan cuenta de la gravedad de la situación o excusan y justifican los comportamientos abusivos.
- Ignoran las posibilidades de ayuda y los recursos o creen poder resolver por sí solas el problema.
- Se sienten culpables e impotentes de su situación de dependencia y por lo tanto de ayuda.
- En definitiva, creen "tener aquello que se merecen".

Comprender las actitudes del entorno de la víctima. La actitud del entorno es la reacción previsible del medio en términos de resistencia a reconocer la realidad de los malos tratos. ¿Por qué?

- Negación del problema por el entorno, no reconocer la existencia de los malos tratos a las personas mayores.
- Minimización del incidente en el origen de la queja o denuncia.
- Temor a los conflictos y a las represalias y a sufrir una presión para la conformidad.
- Desconocimiento de la existencia de recursos de apoyo.
- Creencia de la obligación de confidencialidad por parte de las personas que conocen lo que pasa.
- Por todo ello los sentimientos que surgen de la víctima son:
- La débil probabilidad que tiene la víctima de ser creída.
- La capacidad limitada de comunicar claramente los detalles de la situación por la que está pasando.
- Carece de una persona de confianza a quien contar su situación.

Informar e informarse. Muchas personas mayores que son objeto de malos tratos no se reconocen como víctimas. La falta de información es una

realidad. Uno de los elementos imprescindibles es disponer o tener la posibilidad de recibir información adecuada a su situación centrada en cómo puede hacerle frente.

Las personas mayores no suelen denunciar porque no saben adónde ir, cómo hacerlo y la utilidad de llevar a cabo este acto.

Barreras para la detección

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

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

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

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

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

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

- Temor de la víctima a posibles represalias, a que los malos tratos aumenten en intensidad, a ser institucionalizada, a que si lo cuenta no le dejen ver a sus nietos, a que se le atienda peor en la institución si denuncia malos tratos, etc.
- Temor a que, al revelar la existencia de malos tratos, la persona responsable de los mismos (normalmente, un hijo o una hija) tenga problemas por ello. La víctima puede ocultarlo aunque su vida corra peligro.
- Sentimientos de culpa. Las víctimas pueden culparse, incluso, de la conducta del responsable de los malos tratos, al pensar, por ejemplo, que si hubiesen sido mejores padres, esta situación no habría tenido lugar; o que con su comportamiento son responsables de la situación que se ha generado.
- Vergüenza. La víctima puede tener sentimientos abrumadores de vergüenza por no ser capaz de controlar la situación en la que se encuentra, o porque alguien se pueda enterar de lo que está ocurriéndole y afectar a la reputación del resto de la familia.
- Chantaje emocional por parte de la persona responsable de los malos tratos. Por ejemplo, ésta puede suplicar a la víctima que no descubra los malos tratos: "Si me quisieras, no lo harías".
- Pensar que si lo cuentan a alguien no les va a creer.
- Sufrir deterioro cognitivo. La víctima puede ser incapaz de informar de la situación en la que se encuentra debido a la presencia de problemas de memoria, de comunicación, etc.
- No ser consciente de estar siendo maltratado, ni de sus derechos, o desconocer los servicios disponibles para garantizar los mismos.
- No saber a quién llamar o en quien confiar, o tener sensación de indefensión y pensar que nadie puede hacer nada para ayudarle.
- Creer que buscar ayuda supone admitir el fracaso y tener que aceptar que las cosas no van como "deberían" ir.
- Estar socialmente aislado. Independientemente de las causas del aislamiento, la persona mayor que está aislada tiene muchas menos

oportunidades para buscar ayuda o para ser identificada como una persona que necesita ayuda.

- Depender del cuidador. Resulta difícil quejarse de la persona que atiende la mayor parte de sus necesidades diarias.
- No ser consciente de los recursos disponibles o creer que los recursos no son los adecuados.
- Aceptar los malos tratos como algo normal debido a que lleva toda la vida

Barreras por parte del responsable de los malos tratos

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

Barreras por parte de los profesionales

- Carecer de la formación o del entrenamiento adecuado para identificar correctamente los signos e indicadores de malos tratos, manejar estos casos, conocer los procedimientos adecuados a la hora de informar de un posible caso de MTPM o saber dónde acudir para conseguir ayuda.
- No disponer de protocolos para la detección, evaluación e intervención ante casos de MTPM o de una buena coordinación para trabajar en equipo.
- No tener los medios adecuados para diagnosticar de forma diferencial los malos tratos cuando las personas mayores se presentan con lesiones y

traumatismos o cuando ingresan por problemas de deshidratación, malnutrición, hipotermia o caídas.

- Asumir que la familia siempre proporciona apoyo y buenos cuidados a la persona mayor. Aunque esto es cierto en la mayor parte de las situaciones de cuidado, esta idea ha impedido que los profesionales examinen detenidamente posibles situaciones abusivas.
- Incredulidad. Les cuesta creer que entre los pacientes que ellos tratan existan estas situaciones.
- No disponer de claras directrices acerca de la confidencialidad en situaciones de malos tratos.
- Temor a que la persona responsable del posible maltrato aumente su ira hacia la persona mayor y tome represalias contra ella, o a poner en peligro su relación, como profesional, con la persona mayor o con su familia. Pensar "si interfiere va a ser peor"
- No querer verse involucrado en cuestiones legales.
- Desconocer los recursos disponibles.
- Sentir impotencia ante las escasas posibilidades de intervención y de utilización de recursos cuando los considera necesarios.
- Mantener actitudes edaístas.
- Tener una escasa concienciación sobre el tema de los MTPM.
- No disponer del tiempo necesario, ni de la intimidad deseada para la realización de una evaluación minuciosa de un posible caso de malos tratos.
- Mantener determinadas actitudes, tales como:
 - Ambivalencia: pensar, por ejemplo: "Los asuntos familiares son privados".
 - Reticencia a enfrentarse a un punto de vista desagradable de la vida familiar.
 - Tendencia a culpar, en cierta medida, a la persona que está siendo maltratada: "Cuidar de una persona mayor es realmente duro. Los mayores deberían cooperar más"

- Creencias acerca de que, si quisiera, la víctima podría salir de esa situación por sí misma; o bien que las personas responsables de malos tratos son sólo personas mentalmente enfermas.
- Tendencia al corporativismo y a relativizar los MTPM disculpando al compañero desde argumentos como “un mal día”, “sobrecarga asistencial” o un latente “hoy por ti, mañana por mí”.

Barreras sociales o culturales

- Actitudes edaístas.
- El edaísmo implica actitudes desfavorables hacia las personas mayores, considerando sus derechos como menos importantes que los de otros miembros de la sociedad “más productivos” y, disminuyendo, así, el valor que se les concede.
- 9 merecen, sobre la base de su capacidad para contribuir a la sociedad o al sistema familiar. Estas actitudes no suelen ser explícitas, pero terminan manifestándose en conductas.
- Insuficiente información y /o sensibilización sobre los MTPM.
- Se producen dificultades para hacer autocrítica y detectar actitudes o conductas que conllevan un alto riesgo de aparición de MTPM.
- Valores culturales
- Cuando en el seno de una familia surgen conflictos, con frecuencia, se sigue considerando que la mejor forma de manejarlos es dentro del contexto de la propia familia, percibiendo de forma negativa la intromisión de extraños para su solución.
- Así, los familiares son reacios a buscar ayuda externa y, por otro lado, los observadores (vecinos, profesionales, amigos) tienden a no entrometerse en lo que “no es asunto suyo”, como si los malos tratos fueran una cuestión privada.

La visión de los profesionales

Frente a esta visión interesante de las personas mayores, los profesionales también aportan su propia visión y análisis sobre el particular,

definiendo de forma operacional los diferentes niveles y situaciones de maltrato, abuso o negligencia.

Por su interés resumimos aquí algunas de las cuestiones planteadas por los diferentes grupos que formaron parte de la investigación.

En una primera aproximación que será más detallada a medida que se vayan analizando situaciones diversas, los profesionales definen del siguiente modo los términos referidos a esta problemática:

- La negligencia suele asociarse a la ausencia de una acción, con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor.
- El abuso se asocia a una acción intencionada, que puede tener o no consecuencias (un ejemplo podría ser el trato infantilizado, que no tiene consecuencias palpable negativas pero podría hacer que la persona mayor se sienta mal según y cómo se le trate).
- El maltrato es una acción intencionada y dirigida expresamente a provocar daño físico o psíquico.

Definen la negligencia como la omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, es decir, la no realización de alguna de las tareas que debe cumplir el profesional que cuida a la persona mayor o la institución que la acoge, en su compromiso de atención; la negligencia puede cometerse intencionadamente no, y, en general, tiene consecuencias negativas en el mayor, aunque también puede no tenerlas, como ejemplo de conductas negligentes más frecuentes citan:

Omitir una valoración del paciente mayor, en el ámbito sanitario, para establecer las necesidades de atención adecuadas; por ejemplo valorar si tiene o no un estado confusional (si está solo, desorientado...); ir más allá de lo propiamente dirigido al cuidado y la protección de su salud física.

Recogemos aquí alguna de las aportaciones y análisis que se relatan en la investigación:

- La utilización indebida de medios de contención/inmovilización.
- La utilización innecesaria de pañales.

- El no hacer los necesarios cambios posturales.
- El no cambiar pañales con la frecuencia necesaria, para no sólo evitar la aparición de problemas de piel, sino también salvaguardar su dignidad.
- No vigilar y controlar la ingesta de la alimentación adecuada.
- No vigilar la ingesta de medicación prescrita.
- No hacer las curas con la periodicidad necesaria.
- No controlar la prescripción de medicamentos por no tener al día las historias clínicas.
- No prestar la atención médica suficiente al paciente mayor, por observar en ellos excesivas quejas o visitas al médico o personal sanitario demasiado frecuentes.

En general, se consideran negligencias todas aquellas situaciones relacionadas con la higiene, la movilidad o los cambios posturales que puedan provocar heridas de distinta índole, escaras, irritaciones, o bien atentar contra la dignidad de la persona mayor.

Este tipo de negligencias se detectan en todos los ámbitos de atención – los sanitarios, las residencias y centros de día–, pero se atribuyen muy especialmente al ámbito sanitario, y dentro de éste a los hospitales, en los que hay una consideración unánime de que son los lugares en los que la persona mayor que entra sale con un deterioro importante de su estado general físico, cognitivo, psíquico, aunque salga curado de la enfermedad por la que ingresó.

Desde la visión de los profesionales, el maltrato se entiende como la acción intencionada cuyo fin es provocar daño físico o psíquico. Los profesionales niegan la existencia de maltrato físico en las instituciones y en las relaciones profesional-persona mayor, aunque se identifican como casos puntuales de maltrato aquellos que aparecen en la prensa en residencias privadas, y que generan un rechazo social generalizado. De manera significativa se asocia el maltrato con el entorno familiar.

La función de los profesionales.

Los profesionales que prestan sus servicios en los centros de salud y/o en los centros de servicios sociales como médicos, enfermeras y trabajadores sociales, e y son las personas de referencia a quien pueden dirigirse las víctimas de malos tratos o cualquier persona que tenga conocimiento de estos hechos.

Ante una sospecha de malos tratos, son los profesionales los que deben documentar los hechos. Se debe investigar la situación, analizar el contexto y asegurarse de que no se está acusando injustamente a nadie de un hecho que puede ser explicado por otras causas. Por ejemplo, marcas que son consecuencia de caídas o pérdidas de patrimonio por mala gestión de la propia persona mayor.

Ante casos graves que afectan a personas mayores con presunta incapacidad, se sugiere hacer un comunicado urgente al juzgado a fin de evitar daños irreversibles para la persona mayor.

Ante casos no graves y causados a una persona mayor que puede tomar sus propias determinaciones, es decir, con capacidad de decidir, se sugiere acompañar a la víctima en su toma de decisiones.

Los principios que deben formularse de antemano para guiar las actuaciones de los profesionales y de las personas que actúen en los casos de malos tratos a las personas mayores, sean estos miembros de los cuerpos de seguridad, trabajadores sociales, médicos, la propia familia, vecinos u otros, son los siguientes:

Preservar los derechos fundamentales de todo ser humano.

- Derecho a la dignidad.
- Derecho a la participación.
- Derecho a la autonomía.
- Derecho a la autodeterminación.

Preservar los derechos reflejados en la Constitución Española (1978), las Naciones Unidas y las cartas de derechos tanto autonómicas como municipales que son entre otros:

- Derecho a ser informado.
- Derecho a tener las necesidades básicas cubiertas.
- Derecho a la confidencialidad.
- Derecho a preservar tanto como sea posible las relaciones personales y los propios deseos.

Se debe actuar en cada caso de forma individualizada, sin prejuicios ni juicios de valor. Así mismo, hay que definir e identificar las demandas de la víctima, determinar una estrategia de actuación y buscar la mejor solución posible para todos los implicados en una situación de malos tratos.

¿Qué hacer cuando se sospecha de los malos tratos?

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

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

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

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

Es importante observar el comportamiento y la comunicación verbal y no verbal de la posible víctima y del responsable de los malos tratos, así como la interacción entre ambos. Es posible que el presunto responsable de los malos tratos intente dificultar el contacto de los profesionales con la persona mayor, o negarse a salir de la habitación durante la evaluación, para evitar ser descubierto. En general, la clave para tener acceso a la persona mayor será la persistencia y la tenacidad que muestre el profesional, que en ocasiones, necesitará ser bastante ingenioso para conseguirlo.

En el caso de pacientes domiciliarios, es aconsejable realizar visitas no anunciadas con exactitud: "A ver si puedo ir a verles a lo largo de la próxima semana".

La evaluación debe incluir:

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

- Hay que tener en cuenta la posibilidad de que la persona mayor sea competente para algunos aspectos de su vida e incompetente para otros.
- Hay que dar respuesta a preguntas tales como: ¿La víctima aprecia la posibilidad de encontrarse en una situación de riesgo? ¿Tiene la competencia necesaria para solicitar ayuda en caso de necesitarla, o para poner en marcha un plan de seguridad y escapar, si existen malos tratos o son recurrentes?
- Evaluar el estado emocional de la posible víctima y del posible responsable de los malos tratos.
 - La depresión, vergüenza, culpa, ansiedad, miedo y /o ira, así como determinados estresores, pueden influir significativamente en la capacidad de la presunta víctima para seguir recomendaciones o tomar decisiones.
- Otros aspectos de la evaluación:
 - a) Posible situación de emergencia:

Hay que valorar si la vida de la posible víctima puede estar en peligro, para decidir si es necesario o no llevar a cabo una intervención de forma inmediata o establecer un plan de seguridad.
 - b) Patrón de los malos tratos:
 - Frecuentemente, con el paso del tiempo, los malos tratos aumentan en intensidad y frecuencia.
 - Será importante conocer cuándo comenzó la situación y qué la desencadenó, la frecuencia e intensidad con la que se inició, qué hizo la víctima cuando ocurrió y cuáles fueron las consecuencias.
 - Si se confirma que los malos tratos están aumentado en frecuencia y/ o gravedad, hay que considerar que la persona mayor está en grave peligro y actuar con rapidez.
 - c) Intencionalidad:

Se debe intentar determinar si el cuidador tiene intención de hacer daño o no, puesto que va a tener implicaciones significativas en la intervención.
 - d) Determinar quién es el sospechoso de malos tratos:

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

e) Situación dinámica interpersonal:

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

f) Recursos:

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

g) Aspectos de la dinámica familiar:

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

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

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

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

Reflexionar antes de actuar. Actuar ante la sospecha de malos tratos requiere que el profesional haga una reflexión previa sobre su actitud general hacia las personas mayores y examine el talante ético con el que afronta la situación.

Parece lógico que antes de intervenir en casos de malos tratos domésticos, se reflexione sobre la posibilidad de la existencia de malos tratos infringidos por profesionales o por las instituciones en que trabajan.

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

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

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

Frecuentemente, los profesionales achacan la falta de respeto a los derechos de las personas mayores –a la intimidad, a la confidencialidad, a ser tratados como adultos, a la libertad de decisión sobre sus acciones como personas adultas, etc. – al sistema social que organiza la vida de las personas mayores, y a la propia organización de las instituciones sociosanitarias.

No cabe duda que:

- Defender el derecho de las personas mayores a decidir sobre su propia vida y el modo en que quieren vivirla, requiere, previamente, defender un marco socioeconómico que les permita realmente elegir.
- Defender su capacidad de elección dentro de una institución sociosanitaria implica exigir, no sólo flexibilidad en las normas de la misma, sino el desarrollo de una ética de la institución.
- La denuncia de los abusos y deficiencias en la asistencia que se produzcan por culpa de la institución, es una obligación ética para los profesionales.
- Pero esta realidad no justifica que en el día a día nos encontremos con hábitos individuales que deben hacernos reflexionar, como *por ejemplo*:

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

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

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

Actitudes éticas:

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

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

La negligencia por omisión de los cuidados que precisa la persona mayor, supone transgredir el principio de No Maleficencia, y es la forma más frecuente de malos tratos en el ámbito profesional. No suele existir la intencionalidad de producirlos, y además suele haber una falta de conciencia de haberlos cometido.

Respetar el principio de No Maleficencia supone, por ejemplo:

- No utilizar sedantes para evitar que la persona mayor moleste.

- No utilizar sujeciones físicas injustificadas, ante la falta de personal.
- No prolongar la vida biológica de la persona mayor con medios extraordinarios o desproporcionados (obstinación terapéutica).
- No derivar a personas mayores frágiles a urgencias hospitalarias, sin indicación clara, por falta de implicación de los profesionales en su cuidado.
- No colaborar en la claudicación de los cuidadores, culpabilizándoles cuando las cosas van mal.

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

Podemos preguntarnos:

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

El Principio de No Maleficencia:

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

Principio de Justicia. Obliga moralmente a que la distribución de los recursos y la accesibilidad a los mismos sea racional y equitativa, no discriminando a nadie por motivos sociales y protegiendo a los más necesitados. La discriminación de las personas mayores en la asignación de

recursos en nuestra sociedad es una realidad de la que se pueden dar múltiples ejemplos:

- Escasez de Centros de Día, Residencias, etc.
- Ausencia de casas de acogida específicas para situaciones urgentes de malos tratos.
- Escaso apoyo social y económico a las familias que cuidan a personas mayores con demencia.

Asignación de usuarios a médicos de atención primaria sin tener en cuenta el porcentaje de personas mayores asignadas. Responsabilizar a enfermeras y auxiliares de un número de camas inapropiado.

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

Podemos preguntarnos:

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

Principio de Justicia

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

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

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

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

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

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

Las personas mayores, mientras no se demuestre lo contrario, son autónomas. Esta autonomía puede encontrarse limitada en el marco convivencial cuando el respeto a los deseos de las personas mayores choque con los deseos y posibilidades reales de cuidado de los familiares.

Será necesario encontrar un grado aceptable de "adaptación" entre los intereses de todos los afectados.

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

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

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

1) Instrucciones Previas:

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

2) Juicio Sustitutivo:

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

¿Qué pensaba de la pérdida de capacidad, la dependencia, el ingreso en una residencia, etc.?

3) Criterio del mejor interés:

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

Podemos preguntarnos:

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

Principio de Autonomía

- Obliga a considerar que todas las personas son, en principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones sobre lo que afecte a su proyecto vital.

- No confunda la capacidad de la persona mayor para "hacer" con la capacidad para "decidir".
- No coarte la libertad de las personas mayores: no coaccione, no manipule la información.
- Trate y cuide a la persona mayor con respeto.

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

Su cumplimiento no podrá ser exigido legalmente, pero como obligación moral, forma parte de la razón de ser de las profesiones sociosanitarias, máxime cuando nos encontramos ante ancianos frágiles cuya vulnerabilidad aumenta las obligaciones morales de aquellos de los que se espera que les cuiden.

Su observancia será fundamental en la prevención de los malos tratos.

Acciones benéficas pueden ser por ejemplo:

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

Podemos preguntarnos:

- ¿Qué tipo de relación quiere mantener con los pacientes mayores? ¿Qué grado de implicación tiene en su cuidado?
- ¿Tratar con afecto o "acompañar" a las personas mayores forma parte de su práctica clínica?

- ¿Hasta dónde llega su compromiso con los mayores desplazados rotatorios?
- ¿Está dispuesto a implicarse en el cuidado del cuidador?
- Principio de Beneficencia.
- Obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos.
- Respete lo que cada persona mayor entiende como beneficioso para ella. Evite ser paternalista.
- Trate y cuide a la persona mayor con cordialidad. Promueva su bienestar.

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

Medidas legislativas

Como indica Martínez (2005) desde una perspectiva jurídica se podría entender el maltrato como “aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo”.

Al margen de la consideración social que se pueda hacer sobre el tema de los malos tratos en general, o de los malos tratos a personas mayores, no podemos obviar el aspecto jurídico sobre el particular. El principal y primer maltrato, en palabras de Martínez (2005), es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor. El reconocimiento de derechos humanos, el reconocimiento y protección de la dignidad humana están ampliamente recogidos en la legislación tanto universal como nacional y autonómica. Como hemos visto, el comportamiento vejatorio, el maltrato infligido a una persona en razón de su mayor vulnerabilidad, ya sea por razón de género, edad, etnia, etc., o bien por la desigualdad que exista entre el que inflige los malos tratos y la persona agredida, es algo que forma parte de los análisis y consideraciones sociales sobre el tema.

No obstante, puesto que algunos de estos comportamientos están penalizados y pueden ser aplicados determinados castigos o sanciones, queremos abordar en este apartado algunos aspectos legales, ya que ante los delitos cometidos no sólo hay que aplicar acciones o programas sociales, de rehabilitación, acompañamiento, modificación de conductas, etc., sino que hay que denunciar y aplicar las sanciones previstas en el ordenamiento jurídico.

Como se recoge en una publicación realizada por un grupo de investigadores de Castilla León (Rueda et. al., 2008), antes de concretar cuál es la normativa debemos tener en cuenta las características de la víctima, entendiendo que ésta es incapaz de escapar del control de los agresores y que suele estar sometida por varios factores, tales como fuerza física, dependencia emocional, aislamiento social, vínculos económicos, sociales y jurídicos, y que suele padecer mayor vulnerabilidad por carencias físicas y/o psíquicas, siendo víctima tanto por comisión como por omisión.

Todo ello hace que resulte difícil probar los casos de malos tratos o violencia en el ámbito tanto institucional como doméstico, tal como pone de manifiesto el Informe de la Comisión de Estudios e Informes del Consejo General del Poder Judicial, debido a:

- Falta de conciencia social para calificar estos comportamientos como delictivos.
- La diferenciada situación de poder que existe entre profesionales y las personas mayores que atienden o con las que establecen una relación profesional e institucional.
- La privacidad familiar facilita la impunidad al agresor, por la dificultad de descubrirlo.
- El entorno privado propicia la ocultación social de su existencia.
- El entorno doméstico dificulta la prueba de los mismos tanto en el nivel policial como judicial.
- La ignorancia, temor y pudor de las víctimas.
- La relación de dependencia económica de la víctima.

Como se plantea en la publicación coordinada por J. Rueda, anteriormente citada, (Rueda et. al., 2008), desde la perspectiva del análisis jurídico, cuando estamos ante personas que sufren deterioro cognitivo debemos darles una mayor protección debido a que en ocasiones se abusa de esa falta de capacidad, aumentando además, algunas veces, el nivel de agresividad tanto física como verbal de las personas cercanas.

En este sentido, señala que la incapacitación, aunque no es un sistema que garantice al cien por cien la protección de la persona mayor, aporta cierta seguridad a la situación general del anciano, al exigir la figura del tutor, el cual debe:

- procurar alimentos en sentido amplio al incapacitado,
- promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad,
- informar anualmente al juez sobre la situación del incapacitado.

Desde el punto de vista de la legislación penal, tampoco es mucha ni clara la legislación sobre los malos tratos en general y nula la legislación específica aplicada a las personas mayores.

Teniendo en cuenta que el sujeto pasivo del delito es aquel que sufre las consecuencias de forma directa, es decir la víctima, es más fácil que sean las personas mayores debido sobre todo al mayor grado de debilidad de éstas como consecuencia de la pérdida de las facultades físicas y psíquicas propias de la edad.

Legislación protectora en la actualidad. Dividiremos este apartado en dos grandes bloques: el que reconoce la dignidad de la persona humana y propiamente el marco legal que sanciona determinados comportamientos agresivos.

En el primer apartado podemos referirnos a la Constitución Española de 1978, en la que se recogen determinados artículos sobre los derechos y deberes fundamentales; así como la Carta Europea sobre Derechos Fundamentales.

a) Constitución Española. Todos tenemos unos derechos que han de ser respetados y sin los que difícilmente podemos desarrollarnos plena y libremente". Así lo entiende la Constitución Española en el capítulo II sobre derechos y libertades especialmente protegidos: derecho a la igualdad plena ante la ley, derecho a la vida, a la libertad, al honor, intimidad y propia imagen, derecho a la libertad de residencia, a recibir información veraz, a la participación activa en los asuntos públicos, a la tutela de los jueces, etc. De manera más concreta señalaremos algunos artículos constitucionales, que aunque no se refieran en concreto a las personas mayores han de ser tenidos en cuenta al abordar el aspecto legal de los malos tratos a personas mayores.

- Artículo 9: en el que se señala que "corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".
- Artículo 10: sobre derechos y deberes fundamentales, en el que expresamente afirma que: "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.
- Artículo 14: sobre derechos y libertades, en el que se afirma que "los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".
- Artículo 15: referido a los derechos fundamentales y de las libertades públicas, donde se afirma que "todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos

a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

- Artículo 17: toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.
- Artículo 18: se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
- Artículo 24: todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión. Asimismo, todos tienen derecho al Juez ordinario predeterminado por la ley, a la defensa y a la asistencia de letrado, a ser informados de la acusación formulada contra ellos, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa, a no declarar contra sí mismos, a no confesarse culpables y a la presunción de inocencia.
- Artículo 50: los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

b) Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea.

- El Artículo 3, sobre Derecho a la integridad de la persona establece que "toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica".

- El Artículo 4, sobre Prohibición de la tortura y de las penas o los tratos inhumanos o degradantes, señala que “nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”. - El Artículo 17 se refiere al Derecho a la propiedad y señala que “toda persona tiene derecho a disfrutar de la propiedad de sus bienes adquiridos legalmente, a usarlos, a disponer de ellos y a legarlos. Nadie puede ser privado de su propiedad más que por causa de utilidad pública, en los casos y condiciones previstos en la ley y a cambio, en un tiempo razonable, de una justa indemnización por su pérdida. El uso de los bienes podrá regularse por ley en la medida que resulte necesario para el interés general”.
- El Artículo 21 aborda el tema de la discriminación, prohibiendo “toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual. Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y del Tratado de la Unión Europea y sin perjuicio de las disposiciones particulares de dichos Tratados”.
- El Artículo 23 aborda el tema de la igualdad entre hombres y mujeres, señalando que “será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución. El principio de igualdad no impide el mantenimiento o la adopción de medidas que ofrezcan ventajas concretas en favor del sexo menos representado”.
- Finalmente, el Artículo 47, referido a la tutela judicial, establece que “toda persona cuyos derechos y libertades garantizados por el Derecho de la Unión hayan sido violados tiene derecho a la tutela judicial efectiva respetando las condiciones establecidas en el presente artículo. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa y públicamente y dentro de un plazo razonable por un juez independiente e imparcial,

establecido previamente por la ley. Toda persona podrá hacerse aconsejar, defender y representar”.

c) Legislación específica. En el marco de la legislación específica podemos citar distintas leyes de ámbito nacional y autonómico. En el primer apartado destacamos los artículos del Código Civil, referidos al tema de alimentos a parientes (Artículos 142 a 153); los temas de tutela e incapacitación [Artículo 199-200, Artículos 222- 223 (Artículo modificado por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre)], Artículo 269 (obligaciones del tutor) y 270 (administración de la tutela); sobre los procesos a cerca de la capacidad de las personas (Artículos 756-763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil).

En algunas investigaciones (Rueda et.al., 2008) se señala que los delitos que sufren las personas mayores suelen tener carácter patrimonial, como estafas y delitos contra la propiedad, aunque también se detectan delitos de lesiones y maltrato. A pesar de esta fragilidad, la legislación penal no establece una especial protección para los ancianos, y se les considera al igual que otros colectivos que tengan dependencia económica o de tutela o guarda.

El régimen sancionador se limita a unos preceptos muy concretos:

- Incumplimiento de los deberes legales de asistencia de la tutela, o de prestar la asistencia necesaria para el sustento de sus ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados: pena de arresto de ocho a veinte fines de semana (Art. 226 C. Penal).
- Abandono de una persona declarada incapaz, y la utilización de estas personas para mendicidad: pena prisión de seis meses a un año, si se emplea violencia o intimidación, o se les suministra sustancias perjudiciales para su salud: pena de prisión de uno a cuatro años (art. 232 C. Penal).
- Encontrar abandonado a un incapaz, y no presentarlo a la autoridad o a su familia, o no prestar auxilio: pena de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses (art. 618 C. Penal).

- No prestar asistencia o auxilio a una persona de edad avanzada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados: pena de multa de diez a veinte días (art. 619 C. Penal).
- Inducción a abandonar el domicilio familiar: pena de prisión de seis meses a dos años (art. 224 C. Penal).
- Abandono de un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda: pena de uno a dos años; si el abandono lo realiza el tutor o guardador legal: prisión de dieciocho meses a tres años. Cuando las circunstancias del abandono hayan puesto en peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del incapaz: prisión de dos a cuatro años (art. 229 C. Penal).

d) Código Penal. De especial interés es el Código Penal. Dentro de las recientes reformas del Código Penal señalamos la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, que modifica el Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos; y la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre.

Desde el punto de vista penal, se distinguen dos niveles o tipos de conductas que inciden en los malos tratos y que requieren consecuencias o castigos penales diferentes: los delitos y las faltas. Lo difícil es saber cuándo un comportamiento o acción es considerado como un acto punible o un acto reprobable pero no punible, es decir, cuándo se puede hablar de delito y cuándo de falta.

En el campo de los delitos, según el Código Penal, podemos citar:

- Delitos contra la vida y la integridad física (homicidio, asesinato, cooperación al suicidio, eutanasia...); delitos relacionados con lesiones (arts. 147-153).
- Delitos contra la libertad: privación de libertad, amenazas, coacciones, detenciones ilegales (art. 163: inmovilizaciones o confinamientos paliativos, 169, 172).
- Delitos contra la integridad moral y torturas: tratos denigrantes, menoscabo grave de la integridad moral, trato vejatorio... (art. 173).

- Omisión del deber de socorro, en caso de desamparo y en peligro manifiesto y grave (denegación de asistencia sanitaria...) (art. 195).
- Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio: no respetar la confidencialidad, vulnerar o no respetar la intimidad...
- Delitos contra el honor: calumnia e injuria, que puede menoscabar la autoestima de las personas mayores.
- Delitos contra las relaciones familiares: delito de abandono de familia, no cumplir con las obligaciones de atención a ascendientes, tanto deberes asistenciales como morales.
- Delitos contra el patrimonio: robo, hurto, apropiación indebida (art. 235.4).
- Delito de violencia doméstica⁷¹ (art. 153 y art. 173.2).

En el capítulo de faltas, entendiendo por tales delitos de baja intensidad, pero que causan daño a las personas que las reciben, podemos distinguir dos grandes capítulos:

- Faltas contra las personas: golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión (art. 617), negación de auxilio (art. 619), amenazas, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve (art. 620).
- Faltas contra el patrimonio (hurto o robo menor).

Señala A. Martínez Maroto, O. C., p. 23, comentando el art. 173, que se exige habitualidad; tiene que haber reiteración en las actitudes y en los hechos violentos; tanto las lesiones físicas como las psicológicas constituyen un evidente menoscabo del concepto de salud; el daño psicológico tiene que ver con delitos como amenazas, coacciones, calumnias, injurias; en el nivel práctico se suele hablar de delitos o faltas de carácter psicológico cuando existen insultos graves, vejaciones, gritos humillantes, amenazas, prohibiciones que atenten directamente contra la dignidad, exclusión social reiterada y grave, aislamiento, soledad provocada, etc.

e) Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Esta Ley recoge en el art. 43 sobre infracciones, el

trato discriminatorio a las personas en situación de dependencia (43.f), conculcar la dignidad de las personas en situación de dependencia (43.g), generar daños o situaciones de riesgo para la integridad física o psíquica (43.h). La gravedad de las infracciones, según recoge el art. 44, dependerá de los criterios de "riesgo para la salud, gravedad de la alteración social producida por los hechos, cuantía del beneficio obtenido, intencionalidad, número de afectados y reincidencia.

Este artículo establece como infracción leve aquellos actos cometidos por imprudencia o simple negligencia y no comporten perjuicio directo para las personas en situación de dependencia, entendiendo como infracción grave aquellos actos que supongan un perjuicio o se hayan cometido con dolo o negligencia grave, señalando además la reincidencia, la negativa a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección, falseamiento de la información, coacciones, amenazas, represalias o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las personas en situación de dependencia o sus familiares.

f) Otras normativas a tener en cuenta:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 35/1995, de 11 diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en Materia de Protección a las Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.

- Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
- Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Relaciones Familiares de los Nietos con los Abuelos.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad de las Personas con Discapacidad.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

2.2. Revisión sobre actuaciones realizadas en cuanto a detección e intervención sobre casos de malos tratos en personas mayores en el domicilio.

Una vez realizada la búsqueda de documentación, se ha procedido al análisis y estudio tanto de guías y documentos dirigidos a orientar la actuación de profesionales como de folletos de carácter divulgativo y de sensibilización dirigidos a la población mayor y a la población en general.

Se han trabajado fundamentalmente a partir de documentos procedentes de otras zonas de España, aunque también nos han parecido interesantes iniciativas de países como México, Canadá, estados Unidos, Perú,... que también tienen entidades e instituciones preocupadas por el tema de la prevención y detección de los malos tratos a las personas mayores.

En cuanto a los folletos de tipo divulgativo y de sensibilización cabe nombrar en primer término el elaborado en el año 2011 por la Dirección General de Atención a la Dependencia del Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón en el que se argumenta que el riesgo de padecer maltrato aumenta cuando las personas mayores se encuentran en situación de dependencia para su vida diaria por padecer cualquier problema de salud (física, mental, psíquica, sensorial o perceptivo cognitiva) que les impida desenvolverse de manera autónoma. Todavía es más peligroso cuando la persona no es capaz de percibir la situación de maltrato y no la puede expresar o manifestar. Por ello, se elabora esta Guía cuya finalidad es mejorar

la calidad de vida de la persona mayor a través del fomento del buen trato hacia ellas. (Departamento de Servicios Sociales y familia del Gobierno de Aragón, 2011).

Por otro lado, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, publicó en los años 2010 y 2012, sendos documentos también dirigidos a la sensibilización sobre la necesidad del buen trato a las personas mayores. Se trataba de "Por favor trátame bien. Saber envejecer. Prevenir la dependencia" y "Decálogo para el buen trato a las personas mayores" (Gómez y Díaz, 2012). Ambos con un carácter eminentemente preventivo a nivel primario.

En esta línea de sensibilización y prevención primaria se encuentra el documento del Ministerio de la mujer y Desarrollo Social de Perú, publicado en el año 2008 bajo el título "Maltrato en el hogar a las personas adultas mayores. Estadísticas para la reflexión y pautas para promover el buen trato" (Viviano, 2008)

En cuanto a los documentos y guías dirigidos a orientar la acción de los profesionales tanto en la prevención como en la detección de los malos tratos a las personas mayores, se han analizado algunos precedentes del territorio español y otros precedentes de otros países como México y Canadá. A continuación se exponen los aspectos más destacados de estos documentos:

"Personas Mayores vulnerables: maltrato y abuso" es un documento elaborado en el año 2009 por el Consejo General del Poder Judicial, concretamente por el Foro de Justicia y Discapacidad. En él se abordan diversos aspectos, desde el estudio de factores de riesgo, pasando por la prevención y protección tanto jurídicas como de respuesta social y sanitaria.

Así mismo, se argumenta que visto que la legislación por sí misma no va a hacer posible evitar situaciones de abuso, marginación o malos tratos, habrá que establecer mecanismos de control en las instituciones para los que estén ingresados y revisiones por parte de los servicios sociales próximos a los que permanezcan en sus domicilios, haciendo un seguimiento que prevenga y evite que las situaciones susceptibles de riesgo en este tipo de casos se consumen.

Otra faceta a tener en cuenta en lo que se refiere a los aspectos preventivos es respecto a los cuidadores y el personal que se ocupa del mayor dependiente.

En cuanto a los cuidadores y personas que les atienden, tanto familiares como de instituciones, para evitar riesgos se propone el establecimiento de mecanismos como son, en el caso de la familia, el de "respiro familiar", como el de una adecuada rotación y ajuste de trabajo para el personal que trabaja en instituciones. Se trata de evitar llegar a la saturación y poder controlar situaciones que de mucho forzarlas pueden convertirse en peligrosas, por supuesto para el más débil que es el mayor.

En este documento se pueden encontrar una serie de respuestas de mucha utilidad para los familiares y trabajadores profesionales que tienen este sector de las personas mayores dependientes y vulnerables como campo de actuación (Ganzenmüller y Sanchez, 2010)

"Guía práctica del Buen Trato a las personas mayores", elaborada en el año 2011 por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Esta entidad considera que el tema de los malos tratos a personas mayores debe ocupar y ocupa un lugar primordial entre los temas a comunicar, informar, denunciar e investigar.

Considera que la mejor manera de luchar contra el maltrato es mediante la promoción del Buen Trato.

En esta Guía se tratan temas tan variados como el buen trato en los diferentes medios y entornos: hospital, centro de salud, centro de día, residencia, atención a domicilio,... así como la perspectiva de las propias personas mayores, como quieren ser tratadas. Así mismo, se dedica un espacio a la promoción del buen trato a las personas mayores y los medios de comunicación (Gómez y Díaz, 2011)

"Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación". Publicada en el año 2005 por el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, tiene como objetivo poner a disposición de los profesionales sociales y sanitarios información, orientaciones y pautas de intervención para poder prevenir y actuar ante situaciones de malos tratos a personas mayores.

Es una herramienta útil para la prevención y detección así como para la intervención consciente e informada tanto con las víctimas de las situaciones de malos tratos como con los responsables de ellas, sean profesionales o familiares.

Aporta además una relación de instrumentos para la detección y diagramas del proceso que pueden ser muy útiles, al igual que todas las pautas de intervención profesional que se dan (Moya y Barbero, 2003).

"Guía de actuación coordinada contra o maltrato de persoas maiores ou con discapacidade". La Xunta de Galicia, en el año 2011 elabora esta guía en la que es destacable la participación de diferentes entidades coordinadas por la Secretaría General de Política Social, de la Xunta de Galicia y más concretamente por el Servicio de Programas de Promoción de la Autonomía Personal.

Los agentes implicados en la elaboración son:

- Los Servicios sociales comunitarios de los concejos y los servicios sociales de atención primaria de salud.
- La Dirección General de Asistencia Sanitaria. El Servicio Gallego de Salud.
- Las fuerzas de seguridad: Guardia Civil, Cuerpo Nacional de Policía y Policía Autonómica.
- Fiscalía superior de Galicia.
- Instituto de Medicina Legal de Galicia. Dirección General de Justicia.
- Fundación Pública Gallega para la Tutela de Personas Adultas (FUNGA)
- Cermi Galicia
- Cruz Roja Española.
- Secretaría General de Igualdad.
- Secretaría General de Política Social: Subdirección General de Promoción de la Autonomía Personal, Subdirección General de Dependencia y Subdirección General de Coordinación de Equipamientos y Servicios para personas mayores y con discapacidad, y Subdirección General de Autorización e Inspección de Servicios Sociales.

Se trata pues de una guía elaborada a partir de las aportaciones de todos los sectores y agentes que de una forma u otra están implicados en el tema.

Por otra parte, el documento aporta diagramas de procesos de las diferentes situaciones de partida del procedimiento de la detección y de la coordinación entre entidades.

Se decantan por el EASI, un instrumento de detección desarrollado en Canadá en febrero de 2006 que tiene una parte dirigida al usuario, más amplia y otra al médico (Xunta de Galicia, 2011).

"El Maltrato a las Personas Mayores: bases teóricas para su estudio".

Publicada en el año 2008 por la Junta de Castilla y León que realiza diferentes iniciativas dirigidas a proteger los derechos de las personas mayores y prevenir y actuar ante los malos tratos de los que puedan ser objeto, entre las que se pueden destacar el Programa de asesoramiento Jurídico y Psicológico, el Programa de Tutela, los Consejos de Personas Mayores, las medidas de apoyo a las familias, la atención en situaciones de urgencia o la vigilancia e inspección de los centros.

Complementariamente, la formación e información de los profesionales son consideradas como aspectos fundamentales para abordar este problema de los malos tratos. Con ese objetivo nace esta publicación, contribuir a profundizar, desde una perspectiva científica en este complejo problema que se caracteriza, entre otras cosas por permanecer oculto en la mayoría de las ocasiones.

Si bien este documento no se trata de una guía de actuación propiamente dicha, sí que son interesantes dos aspectos que trata de forma detallada:

Los instrumentos de detección existentes, haciendo una breve descripción de las características más reseñables de cada uno de ellos y su aplicación.

Los indicadores de sospecha de malos tratos, tanto generales como centrados en tipos de maltrato (Rueda et. al., 2008).

"Guía local per fer front als maltractaments de les persones grans".

Guía elaborada en diciembre de 2012 por la Diputación de Barcelona por profesionales de la Asociación para la investigación del maltrato a las personas mayores (EIMA) de Barcelona y dirigida por el Área de Atención a las Personas de la Diputación de Barcelona.

Esta guía hace especial hincapié en la necesidad de que la intervención sea multidisciplinar, implicando por tanto una atención social, jurídica, psicológica y médica.

Plantea la necesidad de establecer circuitos de coordinación entre los diferentes ámbitos implicados.

Recoge instrumentos de detección dirigidos tanto a las víctimas como a los profesionales y a los cuidadores (EASI, Canadian Tsk Force, IOS, HS/EAST).

Desarrolla de forma más extensa las intervenciones diferenciando entre las situaciones en las que la persona mayor maltratada tiene capacidad para tomar decisiones y aquellas otras en las que su capacidad de decidir está disminuida o es inexistente (Tabueña y Muñoz, 2012).

"Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans". Es una Guía elaborada por el Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Cataluña en 2012 y su contenido es muy similar a la citada anteriormente de la Diputación de Barcelona, si bien añade un tema importante como es el seguimiento de este protocolo marco de actuación, proponiendo la creación de una comisión de seguimiento (Generalitat de Catalunya, 2012).

"Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores". La elaboración de este protocolo en el año 2007, surge a partir de las aportaciones de la Comisión de Seguimiento del Protocolo de Actuación en los casos de Violencia Doméstica y de Género de la demarcación de Gerona, contando con la implicación de los distintos organismos de la Generalitat de Cataluña, de los ayuntamientos y de los consejos comarcales de la demarcación de Gerona.

Recoge dos variables del proceso según se trate de maltrato domiciliario o institucional (Servicio Territorial de Bienestar y Familia de Gerona, 2007).

"Programa de atención a las personas mayores en Atención Primaria". Este documento recoge diferentes actuaciones dirigidas a la atención a las personas mayores en el ámbito sanitario y más concretamente en el de la Atención Primaria.

Entre los algoritmos recogidos, establece en el nº 14 un protocolo de actuación en malos tratos partiendo del ámbito sanitario, pero puede ser aplicable a otros ámbitos como los servicios sociales (Gobierno de Canarias, 2012)

“Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores” es una Guía de la Fundación Viure i Conviure en colaboración con la Generalitat de Cataluña y Cruz Roja. Es un documento interesante en cuanto a la recopilación teórica de información sobre el tema. Su lenguaje y presentación se hace accesible tanto a profesionales como a la población en general, constituyendo un instrumento interesante dirigido a la prevención y detección de los malos tratos a personas mayores (Fundación Viure y Conviure, 2007).

“Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato”. Este documento del año 2007 de Ararteko. Defensoría del Pueblo (Bizkaia) hace una reflexión interesante sobre la bioética y la perspectiva de cada uno de los actores implicados: las personas mayores sean estas autónomas o se encuentren en situación de dependencia, las familias y los profesionales.

Resultan interesantes los cuestionarios para facilitar la detección desde distintas perspectivas (Leturia, 2009):

- Cuestionario dirigido a personas mayores en situación de dependencia.
- Cuestionario dirigido a personas mayores autónomas.
- Cuestionario para familiares.
- Cuestionario para profesionales.

“Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor”. Se trata de una guía de práctica clínica elaborada con la participación de varias instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud de México D.F.

Establece una serie de recomendaciones de carácter general en cuanto a la intervención profesional en la detección de situaciones de malos tratos a personas mayores.

Interesantes las escalas de clasificación clínica de diferentes aspectos y los diagramas de flujo.

Esta guía se publicó inicialmente en 2009 y en 2013 se ha vuelto a publicar con una actualización (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

“Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados. Resumen ejecutivo” Este documento del año 2013 del Instituto Nacional de Salud Pública de México, parte del ámbito sanitario y corresponde a una realidad social alejada, al menos geográficamente.

No obstante es interesante conocer todo tipo de afrontamiento de este problema teniendo en cuenta realidades sociales y organizaciones gubernamentales diversas (Ruelas, 2013)

“A Practical Guide to Elder Abuse and Neglect Law in Canada”.

Elaborada por Canadian Centre for Elder Law en Julio de 2011, en esta guía se recogen los siguientes aspectos:

- Introduce el concepto del abuso a las personas mayores.
- Propone un resumen de las leyes más relevantes sobre el abuso y la negligencia hacia las personas mayores en el país.
- Identifica obligaciones para responder al abuso, negligencia o el riesgo.
- Identifica entidades para contactar en caso de detección de un adulto mayor está siendo maltratados.
- Subraya la relación entre la capacidad mental y la ley en relación al maltrato en las personas mayores.
- Discute el impacto de la confidencialidad y privacidad de los profesionales para facilitar información confidencial sobre una persona mayor.
- Recoge un listado de recursos organizados por estados.

Esta herramienta se diseña para ser aplicada en cualquier lugar de Canadá, si bien cada territorio y provincia tiene una legislación propia que aplicar al maltrato de adultos (Division of the British Columbia Law Institute, 2011)

Además de la revisión de la documentación anteriormente señalada, se ha obtenido información sobre diversas entidades y programas a nivel internacional, dedicados a la prevención, detección y atención a personas mayores que sufren malos tratos.

1. El Centro de Prevención del Maltrato de los Ancianos de Japón.

En 1996, la Sociedad para el Estudio del Maltrato de los Ancianos de Japón, un grupo independiente integrado en su mayor parte por trabajadores sociales y académicos, realizó una encuesta nacional en los centros de

asistencia de las distintas comunidades. El estudio permitió confirmar la existencia de maltrato a los ancianos en ese país. Sobre la base de los resultados, la Sociedad decidió que la mejor manera de abordar el problema era crear un servicio de orientación telefónica, similar al que había organizado Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido.

El Centro de Prevención del Maltrato de los Ancianos de Japón se creó en 1996, con la ayuda financiera de una organización no gubernamental nacional, con carácter de entidad sin fines de lucro que ofrece un servicio de orientación telefónica operado por voluntarios, conocido como Línea de ayuda. Actualmente la Línea de ayuda ofrece una amplia gama de informaciones, así como orientación en temas jurídicos a toda persona que tenga un problema relacionado con el maltrato de ancianos. También proporciona servicios de atención de salud y sociales.

La Línea de ayuda es solo un servicio telefónico. Si alguien necesita orientación personal en vez de telefónica, el caso se deriva a un centro local de apoyo de servicio domiciliario. La privacidad, la confidencialidad y el carácter anónimo de los que llaman son aspectos fundamentales.

2. Programa escolar canadiense para prevenir el maltrato de las personas mayores.

Salud Canadá, una organización no gubernamental, ha desarrollado un proyecto educativo bipartito sobre el maltrato de las personas de edad, destinado a los niños y los jóvenes. El proyecto tiene por objeto lograr que los niños y jóvenes tomen conciencia de la vejez y se sensibilicen sobre el tema y sus implicaciones, y crear oportunidades para que los jóvenes se interesen en las relaciones con otras generaciones... Con ello, se espera que los niños y los jóvenes adquieran mayor respeto por las personas mayores y se sientan mucho menos inclinados a maltratarlas, ahora y en el futuro.

3. Adulto Protective Services (APS)

Estas agencias proporcionan seguridad y bienestar a personas mayores y adultas con discapacidad que están en riesgo de sufrir malos tratos o negligencias y que no tienen la capacidad de cuidar de sí mismos o de

protegerse y que no cuentan con familiares o personas cercanas que les protejan.

Son agencias extendidas por todos los estados de los Estados Unidos de América y en la mayoría de ellos, los trabajadores sociales de caso son los primeros en responder a los avisos de abuso, negligencia o explotación de adultos vulnerables.

Las intervenciones de las APS son:

- Recibir informes de abusos, negligencias y/o explotación de personas mayores o adultos vulnerables.
- Investigar esos informes.
- Evaluar los riesgos de la víctima.
- Evaluar la capacidad de la víctima para entender su riesgo y su capacidad para dar un consentimiento informado.
- Desarrollo de la planificación del caso.
- Organización de un refugio de emergencia, cuidados médicos, asistencia legal y servicios de apoyo.
- Seguimiento de servicios.
- Evaluación.

4. National Center on Elder Abuse (NCEA)

El Centro Nacional del Abuso a Personas Mayores está dirigido por la "U.S. Administration on Aging" es un recurso para los responsables políticos, los profesionales de los servicios sociales y de los servicios de salud, el sistema de justicia, los investigadores, abogados y familias.

El NCEA es el lugar donde solicitar información respecto a investigación, formación, buenas prácticas, noticias y recursos sobre el abuso, negligencia y explotación de las personas mayores. El Centro proporciona información a los responsables políticos y profesionales.

Esta entidad es líder en el campo de los derechos de las personas mayores. Las investigaciones en Estados Unidos, muestran que más de dos millones de personas mayores son abusadas en el país. Por ello, tanto el gobierno como la sociedad y los individuos, deben aunar esfuerzos para

asegurar la dignidad y el honor a todas las personas mayores americanas. En este campo es en el que centra sus esfuerzos la NCEA.

En el tema de la denuncia de casos de abuso, negligencia, explotación o maltrato, existe, en cada Estado un teléfono de contacto donde efectuar cualquier denuncia o solicitar información.

5. The National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA).

El Comité Nacional para la Prevención del Abuso a las Personas Mayores es una asociación de investigadores, profesionales, educadores y defensores dedicados a la protección, seguridad y dignidad de los ciudadanos americanos más vulnerables.

Se fundó en el año 1988 para lograr un entendimiento más claro sobre el abuso y proporcionar dirección y liderazgo para prevenirlo.

Desde 1998 NCPEA forma parte del Centro Nacional del Abuso a Personas Mayores (NCEA.)

6. The International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA)

La Red Internacional para la Prevención del Maltrato de Personas Mayores es una organización fundada en 1997 que se dedica a la difusión mundial de información como parte de su compromiso con la prevención en todo el mundo de los malos tratos hacia las personas mayores.

Está integrada por organizaciones que persiguen el mismo fin. Entre sus actividades está la promoción de la investigación y el estudio del fenómeno de los malos tratos a las personas mayores y la divulgación y sensibilización de la población sobre este problema.

Así mismo organiza eventos importantes en este terreno a nivel internacional, como son conmemoraciones de fechas señaladas en este ámbito como el día internacional de las personas mayores, el día de la lucha contra el maltrato a las personas mayores etc.

También facilita la publicación de material relacionado con los malos tratos a personas mayores y boletines periódicos de divulgación. Ha trabajado

también en el desarrollo de importantes estudios sobre los malos tratos a personas mayores.

7. MILCEA.

MILCEA es un proyecto piloto sobre los malos tratos a personas mayores, concretamente contribuye a la prevención de los mismo. Su objetivo secundario es desarrollar un sistema de seguimiento que permita la evaluación de los malos tratos a personas mayores y los riesgos en los cuidados de larga duración como una condición previa para la prevención.

El seguimiento de los malos tratos a personas mayores remite a una constante observación y evaluación del proceso de cuidados proporcionados con el fin de detectar si una situación es de riesgo de malos tratos a personas mayores o es un caso real. De todas formas, la acción concreta debe estar dirigida a la protección de la persona mayor. MILCEA fue fundada por la Comisión Europea.

8. The Korea Elder Protection Agency (KEPA).

La Agencia Coreana de Protección de las Personas Mayores es una organización gubernamental creada en 2006 al amparo de la ley del bienestar para las personas mayores.

Esta organización se divide en tres departamentos: el de política e investigación, el de educación y apoyo y el de relaciones públicas y cooperación.

LA KEPA tiene 24 oficinas locales distribuidas en todo el país. Las funciones de estas agencias primarias incluyen:

- Funcionamiento de líneas directas para informar sobre el maltrato a las personas mayores.
- Investigación sobre el maltrato a las personas mayores.
- Asesoramiento a las personas mayores víctimas y presuntos autores del maltrato.
- Asesoramiento y almacenamiento de registros de servicios
- Educación en la prevención de los malos tratos a personas mayores
- Promoción Regional.

9. Alma France.

Es una entidad francesa que se dedica a la prevención de los malos tratos a las personas mayores. Realiza también programas de atención a personas mayores maltratadas. Es miembro de INPEA.

Por último, recientemente hemos tenido conocimiento de noticias de actualidad relacionadas con los malos tratos a las personas mayores en nuestro entorno más cercano y que consideramos interesante hacer constar.

- **Unión Democrática de Pensionistas (UDP).**

Es una organización sin ánimo de lucro que aglutina a entidades y asociaciones de personas mayores que desde hace aproximadamente diez años organiza Jornadas informativas dirigidas a la población en general y también de carácter formativo dirigidas a profesionales sobre el tema de los malos tratos a las personas mayores.

Este tipo de actividades se desarrollan habitualmente en el territorio español, pero en el mes de marzo de 2014, la FACEEF (Federación de asociaciones y Centros de Emigrantes Españoles en Francia), entidad adherida a UDP, ha organizado un acto en la sede de FACEET en La Plaine-Saint-Denis, con el fin de presentar un estudio sobre el riesgo de maltrato a las personas mayores.

- **Primer Congreso Internacional sobre Maltrato y Personas Mayores.**

Durante el mes de marzo de 2014 se ha desarrollado en Almería este Congreso, organizado por la Universidad de Almería en que se analizan los abusos hacia las personas mayores.

En este encuentro internacional, en el que han participado expertos en áreas como la geriatría, el derecho, la bioética o el envejecimiento, se aborda un aspecto todavía poco analizado: la negligencia y el abuso que, en muchos casos, sufren las personas mayores.

Así mismo, se han dado a conocer los resultados de un estudio realizado a los alumnos de la Aulas Universitarias de Mayores de Andalucía sobre "Maltrato a las personas mayores" realizado por representantes de la Federación Andaluza de Asociaciones de Aulas Universitarias de Mayores (Universidad de Almería, FADAUM, 2014)

- **El Justicia de Aragón.**

El pasado 17 de marzo de 2014, el Justicia de Aragón, solicitó al Gobierno de Aragón que elabore un protocolo para la detección, notificación y derivación de situaciones de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito sanitario. Este protocolo debería estar dirigido a los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y atención primaria.

En el año 2004, el Justicia ya elaboró un informe titulado "Calidad de vida de las personas mayores. Un supuesto especial, el maltrato" en el que ya se alertaba de las dificultades para obtener datos fiables sobre este fenómeno debido a la "indefensión" y vulnerabilidad de este colectivo y también a la "insuficiente" concienciación en los Servicios de Urgencias de los Hospitales Generales de la Comunidad.

Así mismo, el Informe del Justicia recogía, en sus conclusiones, la necesidad de que la Administración elaborase una guía o protocolo para detectar los malos tratos a personas mayores en el ámbito sanitario y poder canalizar la correspondiente denuncia o notificación.

El Justicia entiende que esta guía es una herramienta muy valiosa para el trabajo de los profesionales sanitarios especialmente de los servicios de urgencias y, para elaborar estadísticas fiables que orienten estudios e investigaciones posteriores (Justicia de Aragón, 2014)

- **Protocolo para detectar y prevenir el maltrato a mayores en el País Vasco.**

El día 5 de mayo de 2014, se publicó en los medios de comunicación que el Consejero de Políticas Sociales del Gobierno Vasco había presentado en el Parlamento un protocolo para detectar el maltrato a personas mayores, una herramienta cuya validez se iba a probar durante un tiempo con los servicios sociales y sanitarios de Euskadi y personas dependientes. El protocolo cuenta con dos cuestionarios para aplicarlos en personas mayores con el fin de detectar casos y, después identificar el nivel de gravedad y tomar las medidas adecuadas.

Según el consejero, lo interesante sería introducirlo en los servicios sociales y sanitarios pero también en ámbitos notariales y financieros, por la existencia de maltrato a las personas mayores en el aspecto económico.

El informe elaborado en torno a este protocolo establece un grupo de recomendaciones entre las que se reclama una “especialización” en el ámbito judicial en el maltrato de mayores. Destaca también la necesidad de evitar tanto alertas innecesarias como desatenciones graves, intentando evitar culpabilizaciones y una judicialización innecesaria si se puede reconducir la situación, evitando las estigmatizaciones.

2.3. Datos de personas mayores en el municipio de Ejea de los Caballeros.

Ejea de los Caballeros cuenta con una población de 17.145 personas, de éstas casi el 19% son mayores de 65 años, lo que supone un total de 3.172 personas. Otro dato relevante para este estudio es la población mayor de 80 años, población que presenta los mayores niveles de dependencia. Así, el 7%, 1.200 personas, superan esta edad.

Respecto a los niveles de dependencia, nos regimos por el número de usuarios con reconocimiento. En este sentido, 411 son los expedientes con seguimiento de los que 172 se encuentran en centro residencial, 39 acuden al centro de estancias diurnas, 134 usuarios con prescripción de Servicio de ayuda a Domicilio como primera opción y 40 con prestación económica en el ámbito familiar, como primera opción, igualmente, 20 usuarios que se han trasladado a otras zonas y los 6 expedientes que restan están pendientes de emitir.

De éstos, hemos considerado recoger aquéllos que están valorados con un grado igual o superior a II, siendo éstos los que presentan mayores indicadores de dependencia. Un total de 193 usuarios de Grado II y 142 usuarios de Grado III, un total de 335 usuarios reconocidos en los Grados superiores del sistema de dependencia, el porcentaje asciende al 82% del total de personas reconocidas.

Para terminar esta relación de datos, referir ahora el número de usuarios atendidos por servicios de proximidad municipales. En primer lugar, indicar el número de usuarios del servicio de teleasistencia, un total de 125, servicio de ayuda a domicilio municipal, un total de 78 y servicio de centro de día, un total de 34 usuarios.

2.4. Servicios sanitarios y sociales existentes en el municipio, implicados en este proyecto.

En el diseño de este Protocolo es imprescindible contar con la colaboración, referencias y experiencia de diferentes servicios de carácter socio sanitario existentes en el municipio. Se señalan a continuación estos centros y servicios:

- Servicio Social de Base
- Centro Comarcal de Servicios Sociales
- Fundación Elvira Otal (gestión de Residencia Municipal, Centro de Estancias Diurnas y Servicio de Ayuda a Domicilio)
- Servicios de Teleasistencia, S.A.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales (gestión Centro de Convivencia)
- Consorcio Hospitalario y Centro de Especialidades
- Centro de Salud
- Centro de Salud Mental
- Cruz Roja

2.5. Análisis general de necesidades sociales y del contexto.

Este proyecto de intervención se fundamenta en dos razones clave surgidas de la experiencia profesional y de la observación y análisis de la situación. En primer lugar, señalar que el maltrato a las personas mayores es un problema social encubierto y poco estudiado. El progresivo envejecimiento de la población con alto grado de dependencia a cargo de cuidadores familiares muy sobrecargados puede estar nutriendo esta situación.

Se ha mencionado con anterioridad el número de mayores que residen en la localidad de Ejea de los Caballeros, recordaremos ahora que el índice de prevalencia de los malos tratos en España se sitúa entre el 4% y el 6%.

Extrapolando estos datos a nuestro municipio, sería previsible que 127 personas mayores de 65 años pudieran sufrir algún tipo de maltrato. Este dato, que a priori no resulta más que una previsión, no debemos como profesionales omitirlo, supone un indicador suficiente para plantear junto a la otra razón que se señalará a continuación, el fundamento de este trabajo y el desarrollo de un Protocolo de detección.

Así, en el ejercicio profesional se han detectado por parte de personal de servicios sociales y de salud situaciones que ahora definimos de maltrato. Definición que somos capaces de objetivar tras el estudio del tema, el conocimiento de indicadores, de factores de riesgo, de tipologías, etc. Este conocimiento se hace necesario trasladarlo al resto de profesionales que intervienen con las personas mayores: servicios de salud, servicios de proximidad, entidades tanto públicas como privadas. En definitiva, saber poner nombre, identificar, esta problemática cuando nos encontremos ante ella. Esta ha sido una dificultad encontrada en el desarrollo de nuestro trabajo, detectados casos nos hemos encontrado con dificultades para saber qué hacer, por dónde empezar el trabajo, quién asume responsabilidades, dónde derivar,... Esta situación puede empezar a resolverse, como se ha dicho en primer lugar, con un mayor conocimiento general y concienciación por parte de todos los profesionales implicados, en segundo lugar con la designación de los instrumentos de detección y por último, con el diseño del Protocolo que facilitará la coordinación y clarificación del trabajo.

Por último, reseñar que los equipos de Servicios Sociales de los Ayuntamientos han sido pioneros en la puesta en marcha de proyectos de mejora de la calidad de vida, así estos profesionales junto con los profesionales de la salud deberían liderar el trabajo a realizar en este contexto, fundamentalmente porque ambos trabajan desde dentro de la comunidad.

La prevención, tratamiento y erradicación del maltrato a personas mayores precisa de la sensibilización de los profesionales y de la población general. Es determinante implementar estrategias de sensibilización y concienciación, de detección precoz y de tratamiento. Entre los obstáculos que

debemos superar los profesionales para detectar posibles situaciones de malos tratos está la propia falta de concienciación sobre el problema.

La respuesta integral para la prevención primaria y secundaria como para el tratamiento ante el maltrato a personas mayores debe abordar la sensibilización y reconocimiento de estos hechos por parte de la sociedad, la formación de los profesionales implicados –diseño de protocolos- y de las personas cuidadoras en el ámbito familiar, así como programas de prevención e intervención con las propias personas mayores.

3. Diseño del proyecto

3.1. Descripción del marco institucional: el Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros.

Datos de localización

Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros

Avenida Cosculluela, 1

Ejea de los Caballeros 50600 - Zaragoza

Telf.: 976677474 Fax: 976663816 www.ejea.es

El Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros.

El Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros se estructura en cuatro áreas de gestión de servicios, se señalan a continuación las áreas y sus funciones:

- Área de alcaldía: con los servicios de Personal y Régimen interior, Estadística y nuevas tecnologías, Seguridad, Protección civil, Participación ciudadana y convivencia, Pueblos y barrios y Movilidad.
- Área de economía, fomento y patrimonio: con los servicios de Intervención, Tesorería y recaudación, compras, fomento de la actividad económica, comercio y trabajo autónomo, desarrollo rural y comunidades de regantes y centro municipal de formación y empleo.
- Área de urbanismo, medio ambiente y servicios: Servicios de urbanismo, medio ambiente, obras públicas, vivienda y servicios públicos.

- Área de servicios sociales y derechos ciudadanos: Servicios de acción social, cultura, deportes, juventud, educación, sanidad, festejos e igualdad de género.

Estructura y organización de los servicios administrativos municipales.



Figura 1

3.2. Delimitación del ámbito territorial de actuación a la localidad de Ejea de los Caballeros.

Ejea de los Caballeros está situada al noroeste de la provincia de Zaragoza, en la confluencia de los ríos Arba de Luesia y Arba de Biel. Se encuentra a 75 kilómetros de Zaragoza y es la capital de la comarca de las Cinco Villas. El municipio está compuesto por Ejea de los Caballeros, ocho pueblos (Farasdués, Rivas, Bardenas, Santa Anastasia, El Bayo, Pinsoro, Valareña y El Sabinar) y un barrio, La Llana.

Desde el punto de vista económico, es una zona dedicada al sector primario. La agricultura es su principal fuente de riqueza. Aunque también destacan el sector industria y el sector servicios como segundos motores económicos del municipio.

En la actualidad cuenta con una población de 17.145 personas, representando los mayores de 65 años el 19% y los mayores de 80 años, el 7% de la población, un total de 1.200 personas mayores de 80 años. Pese al dato, desciende en el municipio el porcentaje en comparación con el resto de municipios de la comarca.

Como cabecera de Comarca y puesto que concentra el mayor núcleo poblacional de ésta, destaca por sus infraestructuras sociales. Ejea de los Caballeros cuenta con una Escuela Municipal Infantil y una Guardería pública, además de dos centros infantiles privados, tres Colegios públicos y uno concertado, dos Institutos, una Residencia de personas mayores de titularidad municipal y otra privada, un Centro de Estancias Diurnas, un Centro de Convivencia de personas mayores y 9 Centros de jubilados localizados en cada uno de los pueblos de colonización. Talleres de empleo y centros ocupacionales para discapacitados físicos, psíquicos y enfermos mentales. Otros de carácter socio sanitario como el Centro de Alta resolución, especializados como el Centro de Salud Mental y Centro de Atención Temprana, entre otros.

El asociacionismo es un elemento destacado en el municipio; funcionan desde hace años Asociaciones de Mayores en cada uno de los pueblos, así

como de Mujer, Juventud, otras de carácter social: ex alcohólicos, discapacitados, de autoayuda, etc. Otras muchas deportivas, de ocio, vecinales, etc.

3.3. Delimitación temporal del proyecto.

El proyecto se desarrollará durante un periodo de dos años, concretamente, desde el mes de septiembre de 2014 hasta el mes de septiembre de 2016. Durante este tiempo, aproximadamente hacia la mitad del periodo señalado, se tiene previsto una evaluación general del proyecto y otra al final en la cual se planteará la continuidad o no del mismo en función de los resultados obtenidos y de la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios.

3.4. Objetivos generales y específicos del proyecto.

Objetivo General. El objetivo general de este proyecto es crear un protocolo que sirva de guía de actuación socio-sanitaria para la detección de malos tratos en las personas mayores en el ámbito domiciliario, así como establecer los mecanismos posteriores de intervención para el abordaje integral de estas situaciones en el municipio de Ejea de los Caballeros.

Objetivos Específicos:

1. Sensibilizar a los profesionales de los servicios sociales y sanitarios de Ejea de los Caballeros sobre la prevalencia de malos tratos a personas mayores.
2. Facilitar la detección de casos desde los Centros Sanitarios y Centros de Servicios Sociales a través del manejo de indicadores relativos a evaluar el riesgo de malos tratos en las personas mayores que permanecen en el domicilio.
3. Implementar la utilización de un instrumento común de detección y valoración de casos.
4. Establecer canales de coordinación y derivación adecuados y eficaces.

5. Organizar las tareas específicas de los distintos profesionales en cada nivel asistencial en el proceso de detección e intervención ante situaciones de maltrato.

3.5. Diseño del procedimiento y actividades a desarrollar.

Los malos tratos a las personas mayores empiezan a ser visibles en las sociedades desarrolladas, no solo por los profesionales que trabajan en los ámbitos de atención gerontológica, si no por la ciudadanía que progresivamente está tomando conciencia del problema.

De cara a las políticas sociales y sanitarias resulta sumamente importante señalar la necesidad de detectar los casos de desatención y malos tratos a las personas mayores en el ámbito familiar (también en el institucional) a fin de poder evitarlos. Es importante también detectar los grupos y tipos de personas cuyo riesgo potencial de sufrir algún tipo de malos tratos es mayor.

La respuesta de la comunidad al problema de los malos tratos a las personas mayores aún se está diseñando y dependerá en gran parte del trabajo que se realice desde las Corporaciones Locales. Los equipos de Servicios Sociales de los Ayuntamientos han sido pioneros en la puesta en marcha de proyectos de mejora de la calidad de vida, así estos profesionales junto con los profesionales de la salud deberán liderar el trabajo a realizar en este contexto, fundamentalmente porque ambos trabajan desde dentro de la comunidad.

La Propuesta Integral para la prevención primaria y secundaria como para el tratamiento ante el maltrato a personas mayores debe abordar la sensibilización y reconocimiento de estos hechos por parte de la sociedad, la formación de los profesionales implicados –diseño de protocolos- y de las personas cuidadoras en el ámbito familiar, así como programas de prevención e intervención con las propias personas mayores.

- Prevención Primaria: Sensibilización y concienciación.
- Programas de apoyo al cuidador: actuación previa ante situaciones de sobrecarga. Desarrollo de programas respiro. Programas de Tiempo propio.

- Desarrollo de programas educativos para niños y jóvenes orientados al respeto y al reconocimiento de las personas mayores y discapacitadas
- Programas de sensibilización y concienciación dirigidos a las personas mayores, Centros de Convivencia de Mayores, Escuelas de Adultos, Asociaciones de Mayores,... diseñados con el objetivo de reconocer las situaciones de maltrato y promocionar el buen trato.
- Campañas de sensibilización y concienciación para la población general. Como ejemplo la campaña del Gobierno Vasco "No dejes que ocurra"
- Prevención Secundaria: Detección precoz del maltrato.
 - Programa de sensibilización y concienciación para profesionales, con el objetivo de aumentar su detección, mejorar la planificación de los cuidados y promover la prevención de los malos tratos en personas mayores con demencia con sospecha o en riesgo de malos tratos. Desarrollo de un Protocolo de Actuación para profesionales de la salud y lo social.
 - Programa de formación para profesionales: auxiliares geriátricos, del servicio de ayuda a domicilio en el que se explique el fenómeno de los malos tratos en el ámbito familiar, identificación y reconocimiento de los tipos de maltrato, posibles causas y estrategias de intervención.
 - Programa de formación en habilidades e información para cuidadores informales (aspectos biopsicosociales del envejecimiento, solución de problemas, manejo del estrés y la ira y la utilización de recursos comunitarios).
- Prevención Terciaria: Tratamiento.
 - Programas de intervención dirigidos a los mayores que han sido maltratados: actuar en situaciones de emergencia, favorecer procedimientos ágiles de guarda de hecho y declaración de incapacidad del anciano para velar por su persona y su patrimonio, disponer de recursos sociales para situaciones de urgencia.

- Programas dirigidos a los agresores: Grupos de apoyo para cuidadores, intervenciones dirigidas a la resolución de problemas, programas respiro.
- El maltrato institucional: Prevención
 - Programas de defensa de los derechos de los residentes.
 - Programas de intervención que favorezcan el mantenimiento de la autonomía personal.
 - Programas socioeducativos que integren a los residentes en las actividades municipales.
 - Programa de formación para profesionales: auxiliares geriátricos, del servicio de ayuda a domicilio en el que se explique el fenómeno de los malos tratos institucional, identificación y reconocimiento de los tipos de maltrato, posibles causas y estrategias de intervención.

El abordaje de todas estas acciones de forma integral haría necesaria la elaboración y desarrollo de un plan integral mucho más extenso y ambicioso que lo planteado en este proyecto. No obstante, todas y cada una de las intervenciones planteadas, son opciones a tener en cuenta en un futuro en nuestro ámbito de trabajo.

En este proyecto en concreto, planteamos la elaboración de un proceso de intervención para la detección de situaciones de riesgo o de maltrato a las personas mayores que va a partir bien del propio Servicio Social de Base de Ejea de los Caballeros porque sea aquí donde se detecte la situación, o bien de otras entidades o servicios relacionados con la atención a personas mayores.

Estas entidades, que previamente van a ser conocedoras del protocolo elaborado desde el Ayuntamiento, así como de diferentes instrumentos que facilitarán la valoración de la situación, son:

- La Fundación "Elvira Ota" que gestiona los Servicios de Ayuda a Domicilio y Centro de Día.
- El servicio de atención a la mujer.
- El Centro de atención primaria de salud

- El centro de salud mental
- El Consorcio Aragonés de Alta Resolución. Área de hospitalización y consultas externas.
- Hogar de Mayores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Cruz Roja.

Una vez notificada desde otro servicio o observada directamente en el Servicio Social de Base, una situación en la que se detectan indicios de que puede haber negligencia o maltrato hacia una persona mayor, el Servicio Social de base, la trabajadora social coordinadora del proyecto anotará el caso en un registro específico para casos de detección de riesgo y malos tratos a personas mayores.

En este registro se anotarán datos básicos de identificación de la persona mayor, fecha en la que se tiene conocimiento de la situación y una breve descripción de la situación que va a ser objeto de estudio y el cauce por el que se ha tenido conocimiento de la misma.

Una vez registrado, el profesional del Servicio Social de Base, procederá a la realización de una valoración integral del caso mediante la utilización de diferentes instrumentos o escalas que le ayudarán a valorar aspectos relacionados con el adulto mayor que presuntamente es víctima de los malos tratos, otros relacionados con la persona cuidadora de este mayor, si es que existe, y también se analizará el entorno más inmediato del mayor, el contexto en el que vive.

Estos instrumentos también se darán a conocer a los profesionales de los otros servicios o entidades para que puedan realizar también una valoración previa del caso si detectan indicios de sospecha de negligencia o maltrato a la persona mayor dentro de su ámbito de intervención.

Existen numerosos instrumentos que pueden facilitar la tarea de detectar estas situaciones, pero existe uno creado específicamente para detectar situaciones de riesgo de malos tratos domésticos y/o de comportamientos auto negligentes en personas mayores, las escalas de detección de riesgo de malos

tratos domésticos y comportamientos auto negligentes en personas mayores (EDMA) (Touza, 2009). Estas escalas sitúan a las personas mayores y/o a las personas que supuestamente ejercen el maltrato dentro del continuo trato adecuado/trato inadecuado, razón por la cual se recomienda a todos los profesionales su utilización, acompañándolo si se considera necesario de la aplicación de otras escalas o instrumentos.

Se pretende que las escalas EDMA permitan documentar las sospechas que tiene el profesional que las aplica sobre la posibilidad de que una persona mayor esté sufriendo una situación de maltrato doméstico y/o auto negligencia, proporcionando información que le permita reducir la incertidumbre sobre la adecuación de sus sospechas.

Las escalas EDMA se centran en la evaluación del riesgo de maltrato doméstico y/o auto negligencia. No pretenden identificar el tipo de malos tratos domésticos a los que puede estar expuesta la persona, sino que persiguen aportar información que permita decidir con rapidez si es necesario o no investigar la posible existencia de un caso de maltrato.

Es importante señalar que las EDMA no identifican al cuidador con la persona que supuestamente ejerce el maltrato. Estas escalas están pensadas para ser utilizadas por profesionales de los servicios sociales. Así mismo, permiten discriminar las situaciones de riesgo de estar sufriendo maltrato y/o auto negligencia, tanto a través del conocimiento de la persona mayor como a través del conocimiento de la persona que supuestamente ejerce el maltrato y de su relación.

Las EDMA son un instrumento cuantitativo que cuenta con dos escalas, una escala sobre la persona mayor y otra sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato. (Anexo I) (Touza, Segura, Prado, Ballester y March 2009)

Otros instrumentos útiles para la detección de malos tratos son:

- Cuestionario Canadian Task Force (Anexo II) (Villa, 2007).
- Cuestionario Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. EAST (Anexo III) (Villa, 2007).

- Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato en el anciano de la American Medical Association (AMA) (Anexo IV) (Arellano, M., Garreta, M. y Cervera, A.M., 2006).
- Elder Abuse Suspicion. EASI (Anexo V) (De Miguel, A. 2011).
- Indicadores de maltrato en el cuidador y la persona mayor. IOA (Anexo VI) (Rueda, 2008).

Así mismo, hay que tener en cuenta otras escalas que miden otros aspectos relacionados con factores de riesgo, aspectos que pueden incidir de forma más o menos directa con la existencia o no de malos tratos, tales como la sobrecarga del cuidador, el deterioro cognitivo de la persona mayor, la dependencia de esta para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Estos instrumentos que también pueden ser de utilidad al profesional como apoyo son:

- Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria (Anexo VII) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).
- Escala de Lawton & Brody para actividades de autocuidado e instrumentales de la vida diaria (Anexo VIII) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).
- Escala de depresión de Yesavage para medir el grado de depresión (Anexo IX) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).
- Examen mini mental de Folstein (Anexo X) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).
- Test de Pfeiffer para valorar el deterioro cognitivo. (Anexo XI) (Gaspar, J.I. 2006).
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo XII. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

Además de la utilización de algunos de estos instrumentos técnicos, obviamente, el profesional se coordinará con otros profesionales de otros servicios que presten alguna atención a la persona mayor o su familia.

Una vez realizada la valoración integral de la persona mayor y su situación global, se analiza si se trata de una situación de riesgo.

En caso de no detectar riesgo, el trabajador social deberá emitir un informe social en el cual determinará la conveniencia o no de realizar un seguimiento de la situación del mayor y la elaboración de un plan de intervención con el fin de prevenir futuras situaciones de riesgo. Se trabajará en la formación y sensibilización del mayor y su entorno, controlando las causas y posibles factores de riesgo.

En caso de que se detecte una situación de riesgo, habrá que valorar en primer lugar si esta situación supone un riesgo inmediato o no. En segundo lugar se decidirá si la situación es asumible desde el Servicio Social de Base diseñando un plan de intervención adecuado.

En el caso de que la situación suponga un riesgo inmediato, el objetivo es garantizar la máxima protección de la persona afectada, tenga esta capacidad para tomar decisiones o no. En caso de que la persona mayor no tenga un deterioro cognitivo que le impida tomar decisiones, se le informará, asesorará y acompañará, notificando la situación donde proceda e iniciando todas las actuaciones protectoras que sean necesarias.

En caso de que la persona mayor tenga un grado de deterioro tal que no tenga capacidad para tomar decisiones por sí misma, se deberán iniciar varias actuaciones paralelamente. De este modo, si los hechos son constitutivos de delito, se notificará la circunstancia a las fuerzas de seguridad. Si la persona mayor necesita atención sanitaria, se derivará al centro de atención primaria. Si hay indicios de incapacidad de la persona, se comunicará a la Fiscalía y, si la situación requiere un ingreso urgente en una Institución, se activarán los mecanismos necesarios para que esto se produzca.

En ambos casos, el trabajador social realizará un seguimiento de la situación hasta que finalice la intervención momento en el que se emitirá un informe final que constará en el expediente de la persona mayor atendida.

Por otro lado, cuando la situación detectada no se valore como riesgo inmediato, el objetivo será realizar una valoración minuciosa y sistemática, para la emisión de un diagnóstico y pronóstico y planificar las medidas de actuación pertinentes con las víctimas y con las personas responsables del maltrato.

A la hora de plantear una intervención de este tipo, cuyo carácter tendrá una base educativa, es importante, a la hora de planificar las futuras actuaciones, tener en cuenta la capacidad de la persona mayor para tomar decisiones por sí misma y el grado de apoyo e implicación de la familia y el entorno más cercano, entre los que se suele encontrar la persona o personas que ejercen el maltrato.

Los aspectos a valorar en el caso de la víctima del maltrato, será una exploración del patrón del maltrato (frecuencia, intensidad, consecuencias, intencionalidad, relación con la persona que maltrata) y una valoración social (exploración de los recursos de la persona, su red social, recursos económicos propios,...).

En cuanto a la valoración de la persona responsable del maltrato, se tienen en cuenta las características del rol de cuidador (tiempo, capacitación para el cuidado, cuidador único...), la afectación del rol de cuidador en su vida personal, incluido el impacto económico, la afectación física y psicológica del cuidador, la relación con la víctima, la relación con los servicios sociales y sanitarios, su situación personal (adicciones, salud mental, situaciones personales conflictivas,...)

Por último, en esta valoración se centrará en el entorno, teniendo en cuenta la adecuación de domicilio a las necesidades de la víctima, la proximidad y acceso a los recursos comunitarios,...

Una vez realizada esta valoración, se buscará la implicación y apoyos de otros actores cercanos a la persona mayor maltratada que pueden colaborar en el proceso. El profesional intentará buscar soluciones y formas de acceder a

ellas consensuadas con los afectados, buscando con ellos soluciones alternativas en aquellos casos en los que sea necesario.

No obstante todo lo anterior, desde el Servicio Social de Base coordinador de este proyecto, se van a realizar una serie de actividades previas para dar a conocer el proyecto a los diferentes entidades y profesionales.

Se pretende mantener una reunión informativa inicial con cada una de las entidades implicadas en el proyecto en las que se presentará este proceso de intervención.

Posteriormente, todas ellas podrán hacer aportaciones al mismo durante el periodo de prueba, aportaciones que serán valoradas por la comisión de Seguimiento del proyecto.

Esta Comisión se reunirá en sesión constitutiva en el mes de octubre de 2014, fijando sus miembros el calendario de actividades propias, teniendo en cuenta las fechas de evaluación y seguimiento periódico ya planteadas inicialmente.

Proceso de intervención.

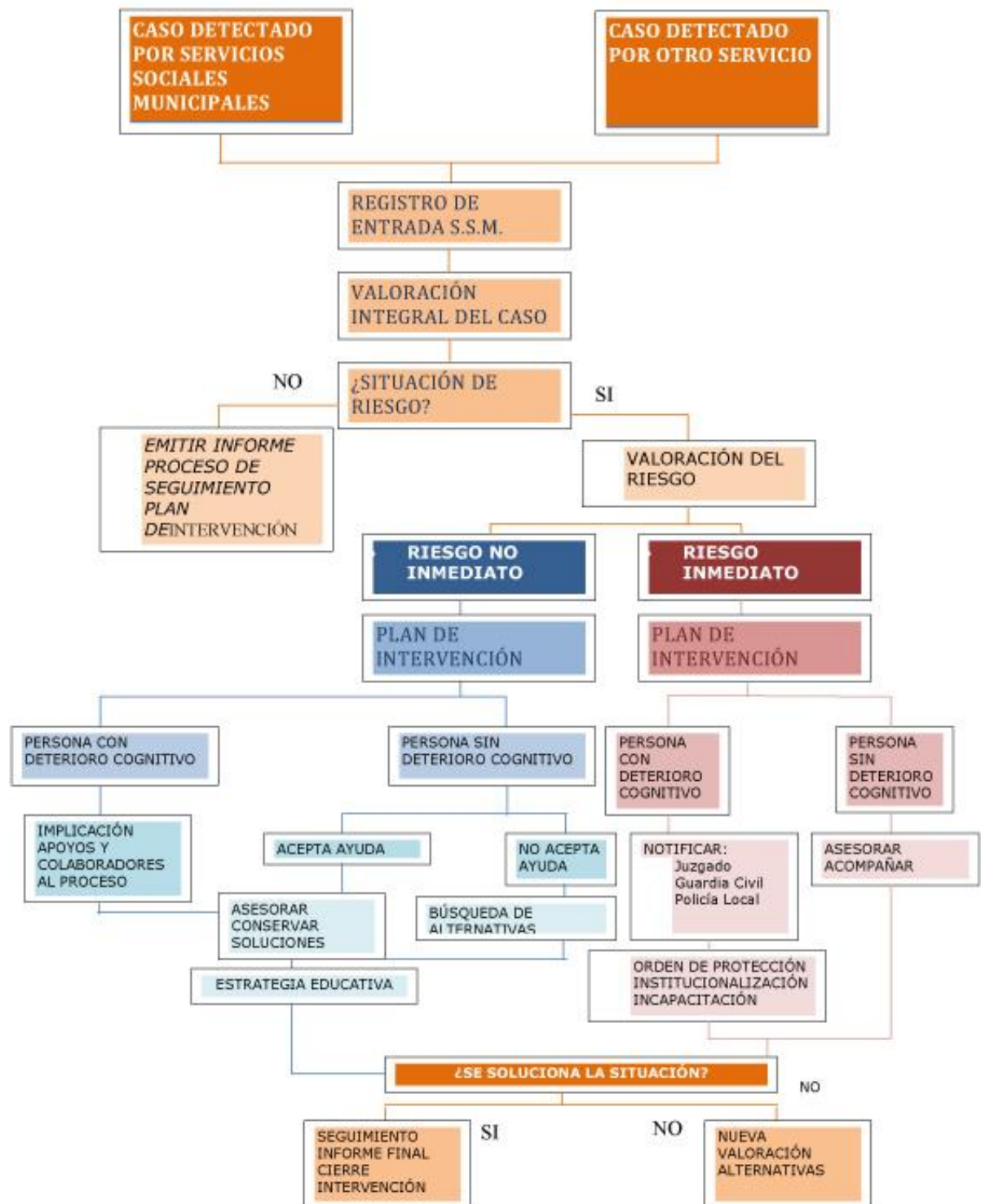


Figura 2.

3.6. Cronograma de desarrollo del proyecto.

Tabla 5. Cronograma

Septiembre 2014	<p>Presentar a la concejal del área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros, el proyecto de intervención</p> <hr/> <p>Dar a conocer el protocolo de intervención a los profesionales de los siguientes servicios ubicados en la localidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros -Fundación Elvira Otal, entidad que gestiona los servicios de proximidad dirigidos a las personas mayores (Servicio de Ayuda a Domicilio y Centro de Día) -Área de mujer del Ayuntamiento -Hogar de Mayores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales -Centro comarcal de servicios sociales -Teleasistencia <hr/> <p>Dar a conocer el protocolo de intervención a los profesionales del área sanitaria en Ejea de los Caballeros: Atención primaria, Consorcio hospitalario y Centro de salud mental.</p>
Octubre 2014	Dar a conocer el proyecto de intervención al Juzgado de Ejea de los Caballeros, Policía Local y Guardia Civil.
Octubre 2014	Dar a conocer el proyecto a los profesionales de la Asamblea Local de Cruz Roja en Ejea de los Caballeros.
Octubre 2014	Constituir la Comisión de seguimiento del protocolo.
Noviembre 2014 y Enero 2015	Periodo de prueba de implantación del protocolo
Enero 2015	Evaluación del periodo de prueba y modificación de los aspectos necesarios, si es preciso.
Enero 2015	Da a conocer al resto de servicios implicados las modificaciones introducidas, si estas se han producido.
Febrero 2015	Implementación del protocolo
Mayo 2015	Seguimiento – evaluación periódica
Septiembre 2015	Seguimiento – evaluación periódica
Diciembre 2015	Evaluación anual
Marzo 2016	Seguimiento – evaluación periódica
Junio 2016	Seguimiento – evaluación periódica
Septiembre 2016	Evaluación final

Nota: Elaboración propia.

3.7. Evaluación y seguimiento del proyecto.

Como ya se ha señalado anteriormente, la evaluación se plantea no solo al finalizar el proyecto sino también de forma continuada.

Para ello, se constituye la Comisión de Seguimiento del Proyecto que estará integrada por la Trabajadora Social del Servicio Social de Base de Ejea de los Caballeros que trabaja el área de mayores y que será la coordinadora de esta Comisión. Así mismo, constituirán esta comisión, los siguientes profesionales:

- Trabajadora social de la Fundación Elvira Otal
- Coordinadora de enfermería del Centro de Salud
- Coordinador médico del Centro de Salud
- Un profesional sanitario del área de hospitalización del Consorcio Aragonés de Alta Resolución en Ejea de los Caballeros.

Esta comisión realizará los seguimientos y evaluaciones periódicas programadas en las fechas anteriormente señaladas en el cronograma así como el tratamiento de cualquier aspecto técnico relacionado con el protocolo, que pueda surgir a lo largo del proceso.

Así pues se plantean las siguientes evaluaciones:

- Evaluación del periodo de prueba del protocolo a finales del mes de enero de 2015, en la que fundamentalmente se valorará el funcionamiento del proyecto, si es válido para los objetivos planteados y si el procedimiento precisa alguna corrección o aportación que mejore la implementación.
- Evaluaciones periódicas del funcionamiento y atención prestada en diversos momentos del proyecto (mayo y septiembre de 2015 y marzo y junio de 2016)
- Evaluación intermedia de la marcha general del proyecto en diciembre de 2015.
- Evaluación final del proyecto en septiembre de 2016. Evaluando no solo el funcionamiento del proyecto sino también las situaciones atendidas.

En cuanto a los indicadores a tener en cuenta:

Casos derivados según entidad/casos totales derivados por otras entidades

Casos de riesgo de maltrato/casos totales atendidos

Casos en los que no se detecta riesgo/casos totales atendidos

Casos de maltrato/casos totales atendidos

Casos urgentes (intervención inmediata de fuerzas de seguridad)/casos totales atendidos

Casos según tipo de maltrato/ casos totales atendidos

Casos detectados directamente en el Servicio Social de Base/casos totales atendidos

Casos en los que se observa una presunta incapacidad de la persona mayor/casos totales atendidos

Casos en los que se han seguido las intervenciones planteadas en el protocolo hasta el final/total casos atendidos

Casos resueltos con intervención educativa en la familia de la persona mayor/total casos atendidos

Casos resueltos con intervención de cuerpos de seguridad y/o Juzgado/ total casos atendidos

Casos resueltos con apoyo de servicios sociales (residencia, centro de día, ayuda a domicilio,...) /total casos atendidos

Casos derivados a otros profesionales o servicios (psicólogo, abogado,...)/total casos atendidos

3.8. Recursos Humanos y materiales.

Los recursos humanos para la puesta en marcha y desarrollo de este proyecto, son los diferentes profesionales que ya se encuentran prestando sus servicios en las diferentes entidades que se van a ver implicadas en este procedimiento.

Estos profesionales son, básicamente trabajadores sociales y profesionales del ámbito sanitario (médicos y enfermeras), si bien es importante también la participación y aportaciones de otros profesionales como auxiliares del servicio de ayuda a domicilio, personal de atención asistencial del centro de día y del hospital, entre otros. E incluso los miembros de los cuerpos de seguridad.

En cuanto a los recursos materiales, cada entidad contará con los que ya dispone para el desarrollo habitual de su trabajo (espacios, material informático, de oficina,...)

3.9. Equipo de trabajo.

La coordinación del proyecto la ejercerá la trabajadora social que se ocupa del área de mayores en el Servicio Social de Base de Ejea de los Caballeros. Este Servicio cuenta además con otras dos trabajadoras sociales y una educadora que formarán parte de los profesionales implicados en el proyecto, siendo parte activa en la implementación de esta nueva herramienta de trabajo para la detección de situaciones de riesgo de malos tratos a las personas mayores. Por otra parte, todas las entidades implicadas en este proyecto, nombrarán a un profesional responsable de este. Todos los profesionales implicados, participarán en esta actuación como una parte de su trabajo habitual y dentro de su horario laboral. La comisión de seguimiento estará formada por los profesionales que ya se han especificado anteriormente y que la constituirán de forma estable, si bien esta podrá solicitar el apoyo técnico de otros profesionales si lo consideran necesario y oportuno.

3.10. Presupuesto y fuentes de financiación del proyecto.

Inicialmente el proyecto no requiere de financiación específica ya que se va a incluir dentro de las actuaciones del servicio social de base en el área de personas mayores. Así, se puede desarrollar con los recursos humanos y materiales que los diferentes servicios y entidades ya disponen.

4. Conclusiones

El proceso de elaboración de este proyecto ha constituido para sus autoras, una experiencia profesional enriquecedora, puesto que nos ha proporcionado la oportunidad de profundizar en un tema que desde hace tiempo nos interesaba abordar debido a nuestra experiencia laboral con personas mayores, personas con discapacidad o enfermedad mental y centrándonos en una zona geográfica bien conocida por todas.

En un primer momento realizamos una aproximación general sobre el tema de los malos tratos a las personas mayores que nos sirvió para conocer los diferentes aspectos que se están trabajando tanto a nivel nacional como internacional. Partiendo de este análisis previo y muy general, era evidente que debíamos centrarnos en un aspecto concreto y, por supuesto circunscrito a nuestro ámbito geográfico que es el que conocemos por el ejercicio de nuestra profesión y por nuestros vínculos personales con la zona.

Así se definió el objetivo general de este proyecto que es crear un protocolo que sirva de guía de actuación socio-sanitaria para la detección de malos tratos en las personas mayores en el ámbito domiciliario, así como establecer los mecanismos posteriores de intervención para el abordaje integral de estas situaciones en el municipio de Ejea de los Caballeros.

Respecto al cumplimiento de los objetivos planteados en este proyecto de intervención, consideramos que el objetivo general, antes nombrado, se ha cumplido, ya que este documento recoge un procedimiento de actuación que facilita la detección de situaciones de malos tratos a las personas mayores en el ámbito domiciliario desde una perspectiva socio-sanitaria.

Así mismo, aunque la iniciativa y coordinación del proyecto parte del Servicio Social de Base, los recursos del área sanitaria del municipio son tenidos en cuenta en todo el proceso como parte fundamental del mismo tanto en la detección de situaciones de malos tratos a personas mayores, como en el seguimiento de las mismas y en la evaluación del funcionamiento e implementación del procedimiento.

Por otra parte, mediante las reuniones informativas y de coordinación con otros profesionales que prestan sus servicios en otras entidades del domicilio, se trabajará la sensibilización de los mismos ante este problema, si bien ya se ha tenido constancia de la preocupación dentro del ámbito sanitario sobre el tema a partir de experiencias de situaciones concretas en las que se ha intervenido de forma coordinada con los servicios sociales.

La existencia de un procedimiento conocido por los diferentes servicios y entidades de la zona, va a facilitar la detección de este tipo de situaciones, teniendo en cuenta los indicadores señalados en este documento.

Este procedimiento propone la utilización de unas escalas concretas para la detección de situaciones de malos tratos en las personas mayores que serán conocidas por todos los profesionales, así como otro tipo de instrumentos que ayudarán a tener una visión más concreta sobre la existencia de determinados factores de riesgo (deterioro cognitivo de la persona mayor, sobrecarga del cuidador, dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria,...).

Además, el procedimiento establece la figura de coordinación del proyecto en una trabajadora social del servicio social de base, lo que facilitará los cauces de comunicación y derivación entre los diferentes profesionales. Aspecto este que se verá potenciado debido a que existen antecedentes en el municipio de actuaciones y proyectos que se han desarrollado con otros colectivos (infancia, mujer, juventud, inmigración,...) de forma conjunta y coordinada, con la participación de varios servicios y profesionales del área sanitaria y social que en la intervención que planteamos en este proyecto, van a verse implicados.

En cuanto a las dificultades encontradas a la hora de la elaboración de este proyecto, cabe destacar la cantidad de documentación existente sobre el tema y las diversas iniciativas de intervención tanto a nivel preventivo como de detección que existen a nivel nacional e internacional. Por ello, se ha intentado sintetizar la información recogida en varios puntos muy concretos que ayudasen a centrar el tema.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que consideramos fundamental que los profesionales que trabajamos en este campo, compartamos y creamos firmemente que las intervenciones dirigidas a las personas mayores deben mantener como objetivo el garantizarles las condiciones de vida necesarias para favorecer su máximo desarrollo, sea cual sea la situación de partida, el servicio que interviene, la zona geográfica o los objetivos específicos que se persiguen (Touza, Prado, García, Royo y Segura 2002).

En general, consideramos que este proyecto de intervención va a ser de gran utilidad para la práctica profesional en el municipio de Ejea de los Caballeros. No solo para los profesionales del Servicio Social de Base desde el que parte la iniciativa, sino también para otros profesionales del ámbito sanitario, social, cuerpos de seguridad, etc. que de una manera u otra están implicados en la prevención, detección y atención del fenómeno de los malos tratos a las personas mayores.

Todas las actividades de abordaje integral del fenómeno de los malos tratos en las personas mayores, planteadas al inicio del apartado de diseño del proyecto, constituyen propuestas de actuación para el futuro en nuestro ámbito de intervención de la prevención, detección y atención de los malos tratos en las personas mayores. De todas ellas, consideramos que pueden ser abordables en un futuro más próximo, actuaciones dirigidas a los cuidadores de personas mayores en el ámbito domiciliario y al propio colectivo de personas mayores, así como acciones de sensibilización de la población en general sobre el tema de los malos tratos a las personas mayores. Estas propuestas de futuro, se concretarían entre otros, en los siguientes objetivos:

- Ayudar a las personas mayores en el reconocimiento de su situación de maltrato y apoyar la toma de decisiones.
- Vigilar y detectar las situaciones de estrés del cuidador y otros factores de riesgo relacionados con él.
- Informar y formar al cuidador en los procedimientos de atención y cuidado adecuados.

- Concienciar al cuidador de los daños que la situación de abandono o negligencia puede provocar.
- Potenciar acciones de sensibilización social ante el problema de maltrato a las personas mayores en el municipio de Ejea de los Caballeros.

El fenómeno de los malos tratos a las personas mayores es un problema que está tomando cada vez más fuerza en nuestro entorno social, aunque en general, no va acompañado de una respuesta por parte de los sistemas sociosanitarios adecuada a la intensidad del problema, ni genera el eco social que si tienen otros tipos de maltrato, como la violencia de género o el maltrato infantil. (Bober, Moreno, Mota y Taltavull 2003). Por ello, las instituciones y entidades más cercanas a la población y de atención directa, debemos dar respuesta a esta problemática y diseñar estrategias de intervención adecuadas al entorno, a la población existente y, por supuesto teniendo en cuenta los recursos y profesionales con los que contamos.

5. Referencias bibliográficas ⁽¹⁾

Action on Elder Abuse (s.f.). Recuperado el 9 de marzo de 2014. www.elderabuse.org.uk.

Allô Maltraitance des Personnes Agées et/ou des Personnes Handicapées (ALMA) (s.f.). Recuperado el 16 de marzo de 2014. www.alma-france.org.

(1) En esta relación de referencias bibliográficas se recogen, además de las citas referidas en el texto, aquellos otros documentos que sin tener un reflejo concreto en el mismo nos han facilitado información para la elaboración y desarrollo del proyecto y la elección de los instrumentos más adecuados.

- Arellano, M., Garreta, M y Cervera, A.M. (2006). Negligencia, abuso y maltrato. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de geriatría para residentes* (pp 133-140). Madrid: Internacional Marketing of Communication, S.A..
- Bazo, M. T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(1), 8-14.
- Boixadera, M. y Anton, J. (2004) ¿Cómo detectar el maltrato en los ancianos? *Revista electrónica semestral de enfermería*, 4, 1-6.
- Bover, A., Moreno, M.L., Mota, S. y Taltavull, J.M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Revista de Atención Primaria*, 32(9), 541-551.
- Buitrago, F., Galán, M.E. y Garrote, T. (2006). Reconocer y abordar el maltrato al anciano. *Revista de Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 13(7), 370.
- Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica. *Papeles del psicólogo*, 34(1), 57-64.
- Corral, F. (2006). Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. *Revista Española de Geriatria Gerontología*, 41(5), 255-257.
- Daly, J.M., Jogerst, G.J. (2005). Definitions and Indicators of Elder Abuse: A Delphi Survey of APS Caseworkers. *Journal of elder abuse & neglect*, 17 (1), 1-19.
- De la Cuesta, J.L. (2004). *El Maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. San Sebastián. Fundación Hurkoa.

- De Miguel, A. (2011) Maltrato de los ancianos en el ámbito familiar. En P.García, J.M. Bethencourt, E. Sola, A.R. Martín, y E. Armas (eds) *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales*. Granada: Ed. Comares
- Departamento de Servicios Sociales y familia del Gobierno de Aragón (2011). El trato a las personas mayores. Promoción del buen trato y detección de los malos tratos. Zaragoza: Autor.
- Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid (2009). Buen trato a las personas mayores. Madrid: Autor.
- Division of the British Columbia Law Institute. (2011) A Practical Guide to Elder Abuse and Neglect Law in Canada. Recuperado el 15 de marzo de 2014. <http://www.bcli.org/ccel>.
- Fernández, M. y Gual, P. (2005). Sentido del cuidado y sobrecarga. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(3), 24-29.
- Fundación Viure y Conviure. (2007). *Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores*. Barcelona: Autor.
- Ganzenmüller, C. y Sánchez, C. (2010). *Personas Mayores Vulnerables: maltrato y abuso*. Madrid.
- García, J. (2004). El problema ético de la obligación filial y/o social de cuidar a personas mayores con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 39 (1), 35-40.
- Gaspar, J.I. (2006). Escalas de valoración funcional y cognitiva. En Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. *Programa de atención a enfermos crónicos dependientes*. (pp 311-350). Zaragoza
- Generalitat de Catalunya. (2012) *Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans*. Barcelona: Autor.

- Gobierno de Canarias. (2012). *Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria*. Santa Cruz de Tenerife: Autor.
- Goikoetxea, M. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. Sociedad y Utopía. *Revista de Ciencias Sociales*, 41, 424-448.
- Gómez, M. P., Díaz, P. (2011). *Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores*. Madrid. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado el 15 de marzo de 2014. www.segg.es.
- Gómez, M.P., Díaz, P. (2012) *Decálogo para el buen trato a las personas mayores*. Madrid. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado el 15 de marzo de 2014. IMC. www.segg.es.
- Gracia, J. (2011). El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas. *Oñati Socio-Legal Series*, 1(8), 6-7
- Iborra, I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Ekaina*, 49-57.
- IMSERSO (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). *Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor*. México. Ed. CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud). Recuperado el 9 de marzo de 2014 www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- International Network for the Prevention of Elder Abuse, Inc. (INPEA) (s.f.). Recuperado el 9 de marzo de 2014. www.inpea.net.
- Jiménez, P. y Jiménez, I. (2003). Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(1), 46-53.

- Justicia de Aragón (2004). *Calidad de vida de las personas mayores. Un supuesto especial: el maltrato*. Zaragoza: Autor.
- Leturia, F.J. y Etxaniz, N. (2009). Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato. Vizcaya. *Colección Derechos Humanos Juan San Martín*.
- Marco, E. y Triola, V. (2006). El maltrato en el anciano, ¿un problema encubierto? *Revista de Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 13(6), 267-270.
- Martínez, A. (2003). Malos tratos y personas mayores. Un enfoque jurídico. *Revista Española de Geriátria Gerontología*, 38(3), 129-131.
- Martínez, A. (2005). El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, 40, Recuperado el 14 de abril de 2014. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>.
- Mora, J. (2006). Evaluar y detectar mejor: objetivos básicos en nuestra labor profesional. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 41(1), 1-2.
- Moreno, S. y González, R. (2010). Malos tratos a las personas mayores: una realidad oculta. Recuperado el 8 de marzo de 2014. www.jano.es.
- Moya, A. y Barbero, J. (2003). Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 38(2), 177-185.
- Moya, A y Barbero, J. (2005) Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Recuperado el 15 de marzo de 2014. www.imserso.es.
- Muñoz, J. (2011). *Personas Mayores y Malos Tratos*. Madrid. Psicología Pirámide.

- National Commite for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA) (s.f.). Recuperado el 9 de marzo de 2014. www.preventelderabuse.org.
- Organización Mundial de la Salud (1996).WHO Global Consultation on Violence and Health.Violence: a public health priority. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. INPEA (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 37(6), 319-331.
- Organización Mundial de la Salud. Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá. Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA) (2002).Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 37 (6), 332-333.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación Científica y Técnica nº 588. Washington: Autor.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M. y Montorio, I. (2005). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(3), 69-73.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I y Nuevo, R. (2005). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 105-117
- Pérez-Rojo, G., Sancho, M.T. y Aranda, M.T. (2008). Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43 (3), 180-188.

- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Sancho, M.T. y Grupo de Investigación Trátame Bien. (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 45(4), 213-218.
- Pérez-Rojo, G. y Horrillo, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 4, 127-167.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P. y Espinosa, J.M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Centro de Medicina Clínica*, 141(12),522-526.
- Risco, C., Paniagua, M.C., Jiménez, G., Poblador, M.D., Molina, L. y Buitrago, F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Centro de Medicina Clínica*, 125(2), 51-55.
- Rueda, J.D., De la Red, N., Vega, C., Nieto, M., Niño, V. y Arquigaga, R. (2008). *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. Salamanca. Junta de Castilla y León.
- Rueda, J.D. y Martín, F.J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18, 7-33.
- Ruelas, G. (2013). *Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados. Resumen ejecutivo*. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ruiz, A., Altet, J., Porta, N., Duaso, P., Coma, M. y Requesens, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Revista de Atención Primaria*, 27 (5) 331-334.
- Sánchez, F., García, S., Pajares, G., Otero, A. y Rupiérrez, I. (2004). Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre

el maltrato al anciano. *Revista Española de Geriátría 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 Gerontología*, 39(3), 151-153.

Sancho, A. (1999). Jornadas de violencia familiar. Actitudes violentas contra los mayores en el entorno familiar. *Revista Sesenta y Más*. 167, 34-37.

Sandvide, A., Aström, S., Norberg, A. y Saveman, B. (2004). Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. Nordic College of Caring Sciences, *Scandinavian Journal of Caring Science*; 18, 351-357.

Servicio Territorial de Bienestar y Familia de Gerona. (2007). *Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores*. Gerona: Autor.

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), 240-254.

Tabueña, M., Muñoz, J. (2012). Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans. Direcció de Comunicació de la Diputació de Barcelona. Recuperado el 15 de marzo de 2014. www.diba.cat..

Touza, C., García, M.D., Prado, C., Royo, P. y Segura, M.P. (2002). Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: Los malos tratos a las personas mayores. *Pulso*, 25, 61-75.

Touza, C., Prado, C., García, L., Royo, P. y Segura, M.P. (2002). Los malos tratos a las personas mayores: una propuesta para trabajar desde los equipos deservicios sociales de los municipios. *Intervención Psicosocial*, 11(1), 27-41.

- Touza, C., Segura, M.P., Prado, C., Ballester, L., March, M.X. (2009). *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia*. Madrid. Pirámide.
- Touza, C. (2010). Por qué y cuándo se han de utilizar las "escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos auto negligentes. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 145-161.
- Universidad de Almería, Fadaum (2014). Las personas mayores se alzan para prevenir y erradicar el maltrato. *Revista Madurez Activa*, 24, 19-23
- Villa, J.M. (2007). Jornadas sobre malos tratos a personas mayores. Conocer para intervenir. *Sesenta y mas*, 2, 31-36.
- Viviano, T. (2008). *Maltrato en el hogar a las personas adultas mayores. Estadísticas para la reflexión y pautas para promover el buen trato*. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). Pueblo Libre.
- World Health Organization (s.f.) Recuperado el 16 de marzo de 2014. www.who.int/hpr/ageing/en.
- Xunta de Galicia. (2011). *Guía de Actuación coordinada contra o maltrato de personas maiores ou con discapacidade*. Ed. Xunta de Galicia. Secretaría Xeral de Política Social.
- Zunzunegui, M.V. (2005). Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(1), 4-6.

6. Anexos

ANEXO I. Escalas de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos auto negligentes en personas mayores (EDMA). (Touza, Segura, Prado, Ballester y March 2009)

EDMA. Datos de identificación

Datos de la persona mayor

- Nombre y apellidos:
- Dirección:
- Teléfono: Edad: Sexo:

Datos de la persona que supuestamente ejerce el maltrato (exceptuando los casos de autonegligencia)

- Nombre y apellidos:
- Dirección:
- Teléfono:
- Tipo de relación que mantiene con la persona mayor (hijo, pareja, etc.):

Datos del profesional que cumplimenta el cuestionario

- Nombre y apellidos:
- Lugar de trabajo:
- Puesto que desempeña:

Fecha de cumplimentación de la Escala sobre la persona mayor:

Fecha de cumplimentación de la Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato:

EDMA. Escala sobre la persona mayor

Instrucciones:

-Sobre la aplicación de la escala:

La Escala sobre la persona mayor tiene como objetivo identificar a aquellas personas mayores que están en riesgo de sufrir malos tratos por parte de personas de confianza (cuidadores no remunerados, familiares y/o personas cercanas) o por sí mismas (autonegligencia). Su aplicación le permitirá documentar su sospecha y valorar su adecuación.

La escala debe ser cumplimentada por el profesional de los servicios sociales que mejor conozca el caso que se esté valorando. Puede necesitar recabar información por medio de entrevistas, revisiones de expedientes y de la historia clínica, exploraciones clínicas y/o visitas domiciliarias. Igualmente, puede ser necesario contrastar con otros profesionales la información disponible sobre el caso o rellenar la escala conjuntamente, de manera que el resultado final refleje, de la manera más fiable posible, el conocimiento que se tiene de cada una de las situaciones que se pretende valorar.

Si su objetivo es detectar personas mayores en riesgo de sufrir malos tratos domésticos y autonegligencia, debe cumplimentar todos los ítems de la escala.

Si se trata de valorar sólo el riesgo de autonegligencia (porque no se sospecha que la persona mayor pueda, además, sufrir malos tratos domésticos), cumplimente los ítems 1 a 16 (ambos incluidos).

Si su objetivo es detectar personas mayores en riesgo de sufrir malos tratos domésticos (sin autonegligencia), debe cumplimentar los ítems 4 a 33 (ambos incluidos). Recuerde que para detectar si una persona mayor puede estar sufriendo malos tratos domésticos también puede combinar la información obtenida a través de la dimensión "Abandono, negligencia y autonegligencia" de la Escala sobre la persona mayor con la obtenida en la dimensión "Ejercicio de trato inadecuado o maltrato" de la Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato.

Debe responder a todos los ítems de la escala utilizando como referencia temporal los datos disponibles en los últimos cuatro meses, y si la situación de la persona mayor ha variado sustancialmente en este período, la valoración de estos aspectos se hará en tiempo real (en el momento actual) haciéndolo constar en el apartado final sobre observaciones.

-Sobre el procedimiento de selección de la opción de respuesta:

Puntúe cada ítem de la escala de 1 a 5 rodeando con un círculo el número correspondiente, teniendo en cuenta que el 5 (o las puntuaciones próximas a 5) debe otorgarse a afirmaciones con las que usted esté muy de acuerdo, y el 1 (o las puntuaciones próximas a 1) debe otorgarse a las afirmaciones con las que usted no esté nada de acuerdo. De esta forma las puntuaciones tendrían el siguiente significado:

1 = usted no está nada de acuerdo con el contenido del ítem porque en esa situación o característica no se produce (o nunca se ha producido) en este caso.

2 = usted está poco de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) pocas veces, o con poca intensidad o con poca gravedad.

3 = usted está bastante de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con bastante frecuencia, o con bastante intensidad o con bastante gravedad.

4 = usted está muy de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con mucha frecuencia, o con mucha intensidad o con mucha gravedad.

5 = usted está totalmente de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) casi siempre, o con una intensidad o gravedad muy elevadas.

EDMA. Escala sobre la persona mayor					
1. Se muestra reacia a recibir ayuda.	1	2	3	4	5
2. Tiene unas expectativas irreales sobre su situación.	1	2	3	4	5
3. Ha mantenido comportamientos autonegligentes en otras épocas de su vida.	1	2	3	4	5
4. Presenta signos de falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado...).	1	2	3	4	5
5. Carece de la atención sanitaria que requiere.	1	2	3	4	5
6. Incumple el tratamiento médico prescrito (por inframedicación, sobremedicación o consumo de medicación no prescrita)	1	2	3	4	5
7. Carece de la atención social que requiere	1	2	3	4	5
8. Vive en una casa que presenta problemas de habitabilidad (con barreras arquitectónicas, sin agua corriente, sin aseo, sin ventilación...)	1	2	3	4	5
9. Ha sido ingresada por un probable fallo en el cuidado de su salud o de su seguridad.	1	2	3	4	5
10. Carece de personas que le puedan prestar la ayuda que necesita.	1	2	3	4	5
11. Presenta signos de problemas médicos que no han sido tratados a tiempo.	1	2	3	4	5
12. Viste ropa inadecuada para la época del año.	1	2	3	4	5
13. Presenta problemas de salud que pueden deberse a un inadecuado cuidado (malnutrición, deshidratación, hipotermia, infecciones...).	1	2	3	4	5
14. Vive en una casa que no reúne condiciones higiénicas.	1	2	3	4	5

15.Carece de las ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis dentales, audífono, andadores, silla de ruedas...) o las lleva rotas o en mal estado.	1	2	3	4	5
16.Su alimentación es irregular o incorrecta.	1	2	3	4	5
17.Tiene sentimientos ambivalentes hacia la persona que supuestamente ejerce el maltrato.	1	2	3	4	5
18.Manifiesta estar insatisfecha con su vida.	1	2	3	4	5
19.No parece satisfecha con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados.	1	2	3	4	5
20.Está triste.	1	2	3	4	5
21.No se atreve a pagar facturas, a realizar gastos sin consultarlo.	1	2	3	4	5
22.Manifiesta que la tratan mal (dice que le pegan, amenazan, roban, insultan, la dejan sola...).	1	2	3	4	5
23.Carece de intimidad y privacidad.	1	2	3	4	5
24.Es criticada y tratada con desprecio	1	2	3	4	5
25.Parece tener miedo ante situaciones cotidianas.	1	2	3	4	5
26.Cambia su forma de comportarse cuando la persona que supuestamente ejerce el maltrato está delante.	1	2	3	4	5
27.Se muestra ansiosa, tensa o rígida.	1	2	3	4	5
28.Aunque está en condiciones de tomar decisiones, otras personas deciden cómo debe vivir su vida.	1	2	3	4	5
29.Los contactos que mantiene con familiares, amigos y vecinos son menos frecuentes de lo que necesitaría para atender sus necesidades.	1	2	3	4	5
30.Tiene relaciones familiares conflictivas.	1	2	3	4	5

31. Aunque vive con otras personas, pasa mucho tiempo sola sin que nadie le hable o le atienda.	1	2	3	4	5
32. Parece que intenta ocultar o justificar el trato que recibe.	1	2	3	4	5
33. Manifiesta tener miedo a algunas personas cercanas a ella	1	2	3	4	5

Observaciones:

Si desea hacer alguna observación porque la situación de la persona mayor ha variado sustancialmente en los últimos cuatro meses o tiene indicios de algún problema o dato relevante no reflejado en la escala, por favor, hágalo constar a continuación:

NOTA: Tenga en cuenta que las víctimas de abuso sexual pueden presentar alguno de estos signos: dificultad para andar o sentarse; ropa interior rasgada o manchada de sangre; dolor o picor en las zonas genitales; contusiones o hemorragias en los pechos, en los genitales externos, en la áreas anal o vaginal; negarse a cooperar, sin dar ninguna explicación, en la higiene o examen físico de los genitales.

EDMA. Puntuaciones obtenidas en la Escala sobre la persona mayor.
Abandono, negligencia y autonegligencia:
Maltrato doméstico sin autonegligencia:
Específicamente autonegligencia:
Puntuación total:

EDMA. Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato
--

Instrucciones:

-Sobre la aplicación de la escala:

La Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato tiene como objetivo identificar a aquellas personas mayores que están en riesgo de sufrir malos tratos por parte de personas de confianza (cuidadores no remunerados, familiares y/o personas cercanas) o por sí mismas (autonegligencia). Su aplicación le permitirá documentar su sospecha y valorar su adecuación.

La escala debe ser cumplimentada por el profesional de los servicios sociales que mejor conozca el caso que se esté valorando. Puede necesitar recabar información por medio de entrevistas, revisiones de expedientes y de la historia clínica, exploraciones clínicas y/o visitas domiciliarias. Igualmente, puede ser necesario contrastar con otros profesionales la información disponible sobre el caso o rellenar la escala conjuntamente, de manera que el resultado final refleje, de la manera más fiable posible, el conocimiento que se tiene de cada una de las situaciones que se pretende valorar.

Debe cumplimentar todos los ítems de la escala. Recuerde que también puede combinar la información obtenida a través de la dimensión "Ejercicio de trato inadecuado o maltrato" de la Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato con la obtenida en la dimensión "Abandono, negligencia y autonegligencia" de la Escala sobre la persona mayor.

Si se encuentra con un caso en el que la persona mayor puede estar recibiendo maltrato por más de una persona, y quiere confirmar su sospecha para cada uno de los supuestos maltratadores, deberá cumplimentar esta escala tantas veces como sea necesario (una escala por cada una de las personas que supuestamente ejercería el maltrato).

Debe responder a todos los ítems de la escala utilizando como referencia temporal los datos disponibles en los últimos cuatro meses, y si la situación de la persona que supuestamente ejercería malos tratos ha variado

sustancialmente en este período, la valoración de estos aspectos se hará en tiempo real (en el momento actual) haciéndolo constar en el apartado final sobre observaciones.

-Sobre el procedimiento de selección de la opción de respuesta:

Puntúe cada ítem de la escala de 1 a 5 rodeando con un círculo el número correspondiente, teniendo en cuenta que el 5 (o las puntuaciones próximas a 5) debe otorgarse a afirmaciones con las que usted esté muy de acuerdo, y el 1 (o las puntuaciones próximas a 1) debe otorgarse a las afirmaciones con las que usted no esté nada de acuerdo. De esta forma las puntuaciones tendrían el siguiente significado:

1 = usted no está nada de acuerdo con el contenido del ítem porque en esa situación o característica no se produce (o nunca se ha producido) en este caso.

2 = usted está poco de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) pocas veces, o con poca intensidad o con poca gravedad.

3 = usted está bastante de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con bastante frecuencia, o con bastante intensidad o con bastante gravedad.

4 = usted está muy de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con mucha frecuencia, o con mucha intensidad o con mucha gravedad.

5 = usted está totalmente de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) casi siempre, o con una intensidad o gravedad muy elevadas.

EDMA. Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato					
1.Echa la culpa de sus problemas a los demás	1	2	3	4	5
2.Ha tenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida.	1	2	3	4	5
3.Las explicaciones que da sobre la salud o las lesiones de la persona mayor son inverosímiles o contradictorias con las de otras personas.	1	2	3	4	5
4.Parece carecer de las capacidades y conocimientos necesarios para cuidar de la persona mayor.	1	2	3	4	5
5.Parece tener dificultades para resolver las situaciones estresantes o difíciles.	1	2	3	4	5
6.Presenta problemas de conducta (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos...)	1	2	3	4	5
7.Se muestra crítica, suspicaz y/o cautelosa con los profesionales que están en contacto con la persona mayor.	1	2	3	4	5
8.Se muestra reacia a recibir ayuda.	1	2	3	4	5
9.Tiene problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...).	1	2	3	4	5
10.Tiene problemas familiares y/o conyugales.	1	2	3	4	5
11.Existen indicios de que agrede a la persona mayor.	1	2	3	4	5
12.Existen indicios de que amenaza a la persona mayor (con dejar de cuidarla, ingresarla en una residencia, pegarle, hacer daño a otras personas...).	1	2	3	4	5
13.Existen indicios de que insulta a la persona mayor.	1	2	3	4	5
14.Impide que la persona mayor se relacione con otras personas (no le deja salir de casa, llamar por teléfono,	1	2	3	4	5

recibir visitas...).					
15.Impide que la persona mayor tome decisiones a pesar de estar mentalmente capacitada.	1	2	3	4	5
16.Impone a la persona mayor limitaciones en el uso de su propio dinero cuando esta tiene capacidad para manejarlo.	1	2	3	4	5
17.Muestra una actitud indiferente hacia la persona mayor.	1	2	3	4	5
18.Parece dificultar o impedir que la persona mayor pueda hablar a solas con los profesionales.	1	2	3	4	5
19.Parece que limita y/o controla las actividades de la persona mayor sin que sea necesario.	1	2	3	4	5
20.Percibe el cuidado de la persona mayor como "una carga" que no desea asumir.	1	2	3	4	5
21.Se observan indicios de que fuerza a la persona mayor a actuar en contra de lo que desea.	1	2	3	4	5

Observaciones:

Si desea hacer alguna observación porque la situación de la persona que supuestamente ejercería malos tratos ha variado sustancialmente en los últimos cuatro meses o tiene indicios de algún problema o dato relevante no reflejado en la escala, por favor, hágalo constar a continuación:

NOTA: Tenga en cuenta que el consumo de drogas o de alcohol y la dependencia económica o de vivienda por parte de la persona que supuestamente ejerce el maltrato también pueden ayudar a detectar situaciones de malos tratos domésticos. Puede considerar también estos aspectos a la hora de decidir si se encuentra ante un caso de riesgo de malos tratos domésticos.

EDMA. Puntuaciones obtenidas en la Escala sobre la persona que supuestamente ejerce el maltrato.
--

Ejercicio de trato inadecuado o maltrato:

Conductas restrictivas:

Falta de capacidad para ofrecer un trato adecuado:
--

Puntuación total:

ANEXO II. Cuestionario Canadian Task Force. (Villa, 2007)

- ¿Le han pegado o hecho daño?
- ¿Le han cogido cosas suyas?
- ¿Le han regañado o amenazado?
- ¿Tiene miedo a alguien en casa?
- ¿Ha firmado documentos que no comprendía?
- ¿Está solo a menudo?
- ¿Alguna vez no le han ayudado cuando lo necesitaba?
- ¿Le han tocado sin su consentimiento?
- ¿Le han obligado a hacer cosas que no quería?

ANEXO III. Cuestionario EAST (The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test). (Villa, 2007)

1. ¿Alguien pasa tiempo con usted, para ir de compras o al médico? (no)
2. ¿Está ayudando a alguien? (sí)
3. ¿A menudo se siente triste o solo? (sí)
4. ¿Quién toma las decisiones relacionadas con su vida, por ejemplo, decidir con quien debe vivir o donde debe vivir? (otro)
5. ¿Se siente incómodo con alguien de su familia? (sí)
6. ¿Puede tomar usted mismo su medicación? (no)
7. ¿Siente que nadie le quiere a su alrededor? (sí)
8. ¿Alguien de su familia bebe mucho? (sí)
9. ¿Alguien de su familia hace que permanezca en la cama o le dice que usted está enfermo cuando usted sabe que no lo está? (no)
10. ¿Alguien le ha forzado a hacer cosas que no quería hacer? (sí)
11. ¿Alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento? (sí)
12. ¿Confía en la mayor parte de su familia? (no)
13. ¿Alguien le ha dicho que usted da demasiados problemas? (sí)
14. ¿Tiene suficiente intimidad en casa? (no)
15. ¿Alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño? (sí)

Al final de cada pregunta, entre paréntesis, se indica la respuesta que se relacionaría con el maltrato. Por lo tanto, el maltrato está asociado a la respuesta "no" a las preguntas 1, 6, 12 y 14; a la respuesta "otro" al ítem 4 y, con la respuesta "sí" al resto de los ítems.

ANEXO IV. Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato en el anciano de la American Medical Association (AMA). (Arellano, M., Garreta, M. y Cervera, A.M., 2006)

- 1.¿Alguien en casa le ha hecho daño alguna vez?
- 2.¿Alguien le ha tocado alguna vez sin su consentimiento?
- 3.¿Alguien le ha obligado alguna vez a hacer cosas que no quería?
- 4.¿Alguien ha cogido cosas tuyas sin preguntarle?
- 5.¿Alguien le ha amenazado alguna vez?
- 6.¿Ha firmado alguna vez documentos que no entendía?
- 7.¿Tiene miedo de alguien de casa?
- 8.¿Está solo muchas veces/mucho tiempo?
- 9.¿Alguien no le ha ayudado a cuidarse cuando lo necesitaba?

ANEXO V. EASI .Versión española. (De Miguel, A. 2011)

Preguntas para realizar a la persona mayor				
1	¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: lavarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?	Sí	No	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa, habitualmente ¿Existen problemas entre usted y esa/s persona/s?	Sí	No	No contesta
2	¿Alguien le ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente que quiere estar?	Sí	No	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa, esta situación ¿se ha producido en más de una ocasión?	Sí	No	No contesta
3	¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?	Sí	No	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa, esta situación ¿se ha producido en más de una ocasión?	Sí	No	No contesta
4	¿Alguien le ha obligado a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?	Sí	No	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa, esta situación ¿se ha producido en más de una ocasión?	Sí	No	No contesta
5	¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?	Sí	No	No contesta
	En caso de respuesta afirmativa, esta situación ¿se ha producido en más de una ocasión?	Sí	No	No contesta

Preguntas a contestar por el profesional				
6	El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración inadecuada de medicamentos. ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?	Sí	No	No está seguro
	Aparte de usted y la persona mayor, ¿hay alguien presente durante la entrevista?	Sí	No	

ANEXO VI. IOA. (Rueda, 2008)

La lista de los ítems, que indican maltrato, está enumerada por orden de importancia. Después de haber realizado una evaluación en el domicilio, por favor, indique la frecuencia de cada uno de los ítems de 0 a 4. No omita ninguno de los ítems y valórelos en función de su opinión actual.

0 = no existente

1 = leve

2 = moderado

3 = probablemente/moderadamente grave

4 = sí/grave

00 = no aplicable

000 = no sabe

Edad del cuidador:

Parentesco entre el cuidador y la persona cuidada:

Cuidador:

1. Tiene problemas de conducta.
2. Es económicamente dependiente.
3. Tiene problemas mentales/emocionales.
4. Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias.
5. Tiene expectativas no realistas.
6. No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar.
7. Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar.
8. Tiene conflictos maritales/familiares.
9. Tiene una mala relación con la persona a la que cuida.
10. No tiene experiencia en el cuidado.
11. Es una persona que culpa a otra.
12. En el pasado tenía una mala relación con la persona a la que cuida.

Persona cuidada:

1. Ha sido maltratada en el pasado.
2. Tiene conflictos maritales/familiares.
3. Carece de entendimiento sobre el alcance de su enfermedad.
4. Está aislada socialmente.

5. Carece de apoyo social.
6. Tiene problemas de conducta.
7. Es económicamente dependiente.
8. Tiene expectativas no realistas.
9. Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación.
10. Tiene una mala relación actual con la persona que la cuida.
11. Tiene caídas/lesiones sospechosas.
12. Tiene problemas mentales/emocionales.
13. Es una persona que culpa a otra.
14. Es emocionalmente dependiente.
15. No tiene un médico habitual/fijo.

Puntuaciones totales:

- a. Número de ítems que se han puntuado de 1 a 4 (se excluyen los ítems puntuados con cero), puede ser de 0 a 22.
- b. Suma total de la puntuación de todos los ítems (de 0 a 88).
- c. Suma total sólo de la puntuación de los ítems del cuidador (de 0 a 44).

Interpretación de los resultados: los indicadores de maltrato son enumerados por orden de importancia. En general, los indicadores del cuidador tendrían más peso que los indicadores de la persona mayor. Sin embargo, la lista de indicadores junta indica maltrato. Así, el mayor número de indicadores presentes (0-22), la puntuación total más alta (0-88) y la puntuación del cuidador (0-44) indican que es más probable que ocurra el maltrato. La tasa total (0-88) en un grupo de cuidadores diagnosticados como abusivos consistiría en una puntuación media de aproximadamente 16. Por el contrario, una puntuación media alrededor de 4 implicaría que no hay maltrato. Cada indicador que se evalúa entre 1 y 4 debe ser explorado clínicamente, aunque cada indicador de forma individual no indica en sí mismo maltrato.

ANEXO VII. Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria.
(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Alimentación	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse (baño)	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Aseo (arreglarse)	Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Traslado sillón-cama	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambulación	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0

Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10	
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5	
	Dependiente	0	
Interpretación	Resultado	Grado de dependencia	TOTAL
	Menor a 20	Dependencia Total	
	20-35	Dependencia Grave	
	40-55	Dependencia Moderada	
	60 o más	Dependencia Leve	
	100	Independiente	

ANEXO VIII. Escala de Lawton & Brody para actividades de autocuidado e instrumentales de la vida diaria. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

	MUJER	VARON
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
2. HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
3. PREPARACION DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
4. CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligera, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
5. LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otro	0	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1

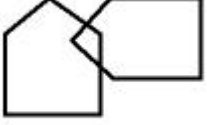
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza las compras diarias, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

ANEXO IX. Escala de depresión de Yesavage para medir el grado de depresión.
(GDS Versión reducida). (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

		SI	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa sin salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
PUNTUACION TOTAL:			
INTERPRETACION:			
0 A 5 NORMAL			
6 A 9 DEPRESION LEVE			
> 10 DEPRESION ESTABLECIDA			

ANEXO X. Examen mini mental de Folstein para valorar el deterioro cognitivo.
(Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

NO SABE LEER NI ESCRIBIR_____ AÑOS DE ESCOLARIZACION_____	PUNTOS
ORIENTACION EN EL TIEMPO Y ESPACIO	
¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación del año? (MAXIMO 5 PUNTOS)	0-5
Dígame el nombre del hospital ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué estado vivimos? ¿En qué país estamos? (MAXIMO 5 PUNTOS)	0-5
FIJACION	
Repita estas palabras: caballo, peso, manzana. (un punto cada vez que la palabra sea correcta) (MAXIMO 3 PUNTOS)	0-3
CONCENTRACION Y CALCULO	
Si tiene 100 euros y me los da de siete en siete ¿Cuántos le quedan? (un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta) (MAXIMO 5 PUNTOS)	0-5
MEMORIA	
¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas (MAXIMO 3 PUNTOS)	0-3
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
¿Qué es esto? (Mostrar un reloj) ¿Y esto? (Mostrar un bolígrafo) (MAXIMO 2 PUNTOS)	0-2
Repita la siguiente frase: Ni sí, ni no, ni pero (1 PUNTO)	0-1
Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (un punto por cada orden bien ejecutada) (MAXIMO 3 PUNTOS)	0-3
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1 PUNTO)	0-1
Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta (1 PUNTO)	0-1

Copie este dibujo	(1 PUNTO)	0-1
	<p>(Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)</p> <p>NOTA: Tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. La persona deberá utilizar gafas si las necesita habitualmente</p> <p style="text-align: right;">TOTAL _____</p>	
<p>PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL</p> <p>GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO:</p> <p>19-23 = LEVE</p> <p>14-18 = MODERADO</p> <p>MENOR A 14 = GRAVE</p>		

ANEXO XI. Test de Pfeiffer. (Gaspar, J.I. 2006)

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su nº de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

ANEXO XII. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	
Puntuación. 0=Nunca, 1=Rara vez, 2=Algunas veces, 3=Bastantes veces, 4=Casi siempre.	PUNTOS
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
Puntuación máxima de 88 puntos. "No sobrecarga" una puntuación inferior a 46. "Sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56	TOTAL