

# **VIOLENCIA:** **TOLERANCIA CERO**

Programa de prevención de la Obra Social "la Caixa"

LA SENSIBILIZACIÓN  
Y LA PREVENCIÓN DE LOS  
MALOS TRATOS A LAS  
PERSONAS MAYORES

Una mirada sobre los abusos  
y los malos tratos que afectan  
a las personas mayores



**Obra Social "la Caixa"**



# **OBRA SOCIAL. EL ALMA DE "LA CAIXA"**

**EDICIÓN:**

Fundación Bancaria “la Caixa”

**AUTORES:**

Mercè Tabueña Lafarga

Jordi Muñoz Iranzo

Josep Fabà Ribera



**TRADUCCIÓN:**

Caplletra

**DISEÑO GRÁFICO, MAQUETACIÓN E ILUSTRACIÓN:**

Doctor Magenta

**IMPRESIÓN:**

Milimetrica producciones S.L.

© de los textos, Asociación para la Investigación del maltrato a las personas mayores (EIMA) y los/las autores/as

© de la edición, Fundación Bancaria “la Caixa”, 2016

Av. Diagonal, 621 – 08028 Barcelona

DL: B 14912-2016

Estos materiales se han creado desde una visión genérica, por lo que corresponde a los profesionales que desarrollen los talleres y que utilicen el material adjunto en la memoria USB individualizar y adecuar las intervenciones a cada situación y hacer un buen uso de ellos.

# LA SENSIBILIZACIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES

Una mirada sobre los abusos  
y los malos tratos que afectan  
a las personas mayores



## Presentación

En una época de grandes cambios, los programas de la Obra Social "la Caixa" quieren ser un referente para la sociedad en el desarrollo de soluciones duraderas que cubran las necesidades básicas de las personas y generen igualdad de oportunidades para construir una sociedad mejor y más justa, que dé más oportunidades a las personas que más las necesitan

El maltrato a las personas mayores es considerado una cuestión de derechos humanos, así como un importante problema social y de salud emergente que necesita una aproximación multidisciplinar, así como el compromiso de las instituciones, de las entidades sociales y de toda la sociedad. Por este motivo, la Obra Social "la Caixa" desarrolla un programa para la sensibilización, prevención y actuación ante el maltrato a las personas mayores.

Esta publicación, además de sensibilizar a los y las profesionales de diferentes entornos alrededor del fenómeno del maltrato a las personas mayores, quiere facilitarles la información más relevante y darles herramientas, para que puedan identificar, definir, detectar y prevenir las diversas situaciones de maltrato. Potenciar las buenas prácticas profesionales y maximizar el empoderamiento de las personas mayores, tiene una repercusión en la atención y el cuidado de las personas mayores y en su calidad de vida.

Esperamos que las orientaciones que se recogen en esta guía sean de utilidad para los y las profesionales que atienden a las personas mayores con la voluntad de contribuir a construir una sociedad más justa y libre de violencia.

# ÍNDICE

---

## 9 JUSTIFICACIÓN

---

## 10 LOS OBJETIVOS

---

## 11 MARCO CONCEPTUAL

11  
El envejecimiento como una etapa más del ciclo vital

14  
¿Qué son los malos tratos a las personas mayores?

17  
Tipologías e indicadores de los malos tratos a las personas mayores

19  
¿Dónde pueden suceder las diferentes formas de malos tratos?

19  
Dimensión del problema

20  
Factores de riesgo

22  
¿Qué personas pueden ser las responsables y por qué se producen los abusos y los malos tratos?

23  
La detección

---

---

## 26

### METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LOS TALLERES

---

## 28

### Taller 1 MITOS, ESTEREOTIPOS Y EDADISMO

28

Presentación

29

Los objetivos

30

Contenidos

34

Las actividades

---

## 40

### Taller 2 LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

40

Presentación

40

Los objetivos

41

Contenidos

52

Las actividades

---

---

## 56

### Taller 3 PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS

56

Presentación

57

Los objetivos

57

Contenidos

70

Las actividades

---

## 82

### Taller 4 LAS RELACIONES FAMILIARES Y LAS PERSONAS MAYORES

82

Presentación

83

Los objetivos

83

Contenidos

92

Las actividades

---

## 103

### BIBLIOGRAFÍA

---



---

# JUSTIFICACIÓN

En las sociedades desarrolladas se están ganando años a la vida, es decir, se puede vivir muchos más años. Ahora bien, buscamos asimismo que paralelamente se logre un enriquecimiento cualitativo, una vida en la que la etapa del envejecimiento sea exitosa.

Las grandes ciudades han experimentado un importante incremento de población, concretamente de personas de 65 años y más, así como un elevado aumento de su proporción relativa, motivado, entre otros, por la elevada esperanza de vida, por el descenso del índice de natalidad y por los flujos migratorios. Este hecho deriva de un resultado positivo que se debe a los avances en la medicina, la profilaxis, los hábitos alimentarios, entre otros, pero debemos considerar que, a su vez, conlleva aspectos complejos que necesitan que sean abordados con celeridad y mucha creatividad.

Uno de ellos es el referente a los diferentes malos tratos que afectan a las personas mayores y que son, aún hoy en día, poco reconocidos por la sociedad en general y también por las instituciones. Está considerado como un problema real, social y de salud emergente y muy grave. Una de las formas más ocultas y más desconocidas de la violencia es la que afecta directamente a la gente mayor.

Surge una necesidad urgente de adaptar a la sociedad en general al envejecimiento de la población.

El conocimiento científico, los profesionales especializados y los recursos tanto de servicios como de instituciones para hacer frente a los malos tratos que afectan a las personas mayores son casi inexistentes, si los comparamos con el marco de conocimiento y de intervención en otros ámbitos de la violencia, como es la de género o la que sufren los niños y los jóvenes.

Es por esta razón que se hace ineludible trabajar en un cuerpo teórico que permita a los profesionales llevar a cabo buenas prácticas para generar o incrementar la sensibilización y reforzar la eficacia para la prevención, la detección y el tratamiento de las situaciones de maltrato de que son objeto las personas mayores.

---

# LOS OBJETIVOS

El objetivo general del presente documento es generar sensibilización en torno al fenómeno de los malos tratos a las personas mayores, así como lograr la consecución de los conocimientos más relevantes para capacitar y dar herramientas a los profesionales con el fin de que puedan identificar, definir, detectar y prevenir las diversas situaciones de malos tratos.

Como objetivos específicos, destacamos:

- Transferir conocimientos a los participantes de los talleres para generar competencias y habilidades que estos puedan aplicar posteriormente.
- Reconocer las diferentes formas de malos tratos que afectan a las personas mayores.
- Analizar el fenómeno de los abusos y malos tratos para poder adoptar alternativas de acción.
- Describir los factores de riesgo asociados y básicos para la prevención de los malos tratos.
- Potenciar las buenas prácticas profesionales con el fin de repercutir en la atención y el cuidado de las personas mayores y en su calidad de vida.
- Maximizar el empoderamiento de las personas mayores en situación de discriminación y vulnerabilidad.
- Proporcionar conocimiento para identificar situaciones de edadismo para hacer pedagogía y eliminarlas, con el fin de prevenir los malos tratos.

---

# MARCO CONCEPTUAL

## El envejecimiento como una etapa más del ciclo vital

Estamos ante un hecho, el envejecimiento de la población, sin precedentes en la historia de la humanidad y que afecta a todos los ámbitos de la sociedad, las familias en todas sus formas (monoparentales, homoparentales, reconstituidas...), todos los estilos de vida, las relaciones entre las generaciones, la vida comunitaria y también la solidaridad entre todos los grupos de edad.

Durante el siglo xx se produjo la revolución de la longevidad. Este triunfo demográfico y el acelerado crecimiento de la población en la primera mitad del siglo xxi significa que el número de personas de más de 60 años, unos 600 millones en 2000, llegarán a 2.000 millones en 2050. Este incremento será más rápido en los países desarrollados. Una transformación demográfica mundial de estas características conlleva profundas transformaciones. Del mismo modo, todos los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, psicológicos y espirituales experimentarán una importante evolución.

España, como otros países europeos, está inmerso en un proceso de envejecimiento que nunca se había producido en su historia. Según datos del Padrón (INE), el 1 de enero de 2014 había 8.442.427 personas de 65 años y más, lo que representa un 18,1 % sobre el total de la población (46.771.341). Hay que observar que hay un 34 % más de mujeres (4.828.972) que de hombres (3.613.455), las cuales se enfrentan a diversas situaciones de discriminación y vulnerabilidad basadas en los roles sociales predominantes, así como en su condición de género.

Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades autónomas con mayor población de personas de 65 años y más.

Hay que destacar que el grupo de personas que más crece y se acentúa con mayor rapidez es el segmento de población de 80 años y más, con todo lo que este factor puede conllevar (envejecimiento del envejecimiento).

Es importante indicar que el porcentaje de personas que viven solas es más alto en las mujeres, el 28,3 % (INE). La soledad y el aislamiento social son factores a tener muy en cuenta por todo lo que puede suponer de dificultad en la atención de las necesidades más básicas. El aislamiento social está considerado como un factor de riesgo muy elevado a la hora de poder sufrir situaciones de maltrato.

Debemos decir que, de forma mayoritaria, la persona que cuida de una persona en situación de dependencia es, en primera instancia, el cónyuge, y en segunda instancia, la hija. Así, encontramos a parejas de personas muy mayores que se cuidan entre ellos y esto ocasiona situaciones extremas de vulnerabilidad y debilidad.

A nivel psicológico, observamos la coexistencia de tres o cuatro generaciones, que, por lo menos, puede suscitar incomprensiones motivadoras de conflictos nada fáciles de llevar.

La vejez es un proceso dinámico y natural, lento de transformación pero irreversible y especialmente diferencial debido a los factores intrínsecos y extrínsecos.

Hay tres tipos de envejecimiento: el normal, que se refiere a todos los cambios graduales que se producen por el paso del tiempo y que son inevitables; el patológico, cuando interviene en los cambios alguna enfermedad, y el óptimo y satisfactorio, cuando confluyen las mejores condiciones tanto intrínsecas como extrínsecas. Sin embargo, somos conscientes de que, a pesar de todo, existe una gran dificultad para aceptar la vejez como un proceso más de la vida. La vejez y el envejecimiento parten de una realidad polifacética, no solamente por el paso del tiempo, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. El inicio de la vejez ha variado con el paso de los años. Cada sociedad, según sus normas, como la edad de jubilación, establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada.

A menudo, la edad se correlaciona con la pérdida de capacidades funcionales e instrumentales para las actividades de la vida cotidiana. Así, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud; esto depende de las oportunidades y los recursos con que las personas cuenten a lo largo de su vida. En ocasiones hay tendencia a tratar a las personas mayores como un grupo homogéneo, sin valorar la heterogeneidad de las situaciones existentes. Las personas mayores forman un amplio espectro de la sociedad. Comprenden edades muy diferentes, y entre las personas mayores las demandas y necesidades pueden ser, también, muy distintas.

Estudiar el comportamiento ligado al contexto tanto de salud como social desde una perspectiva evolutiva resulta imprescindible para comprender la naturaleza cambiante de las necesidades biopsicosociales a lo largo del ciclo vital. Los temas de la vejez y del envejecimiento constituyen una cuestión pública y de derechos humanos, por lo que la política social, la local, la autonómica y la estatal deben implicarse y comprometerse plenamente.

Actualmente, y derivado de la potenciación de los derechos de las personas mayores como beneficiarios y como responsables de sí mismos, existe un cambio de paradigma en este sentido, fundamentado en potenciar el empoderamiento de las personas mayores. Ello implica que las propias personas mayores participen activamente en la solución de sus problemas y también los de su entorno. En definitiva, se trata de que las personas, con el apoyo de los servicios y recursos, puedan implicarse en la toma de decisiones, en todo aquello que afecte a sus vidas. Existe un gran componente de libertad y también de responsabilidad, de independencia y de autonomía.

Existe una terminología popular para denominar a las personas que se sitúan en la última fase del ciclo vital; encontramos palabras como abuelos, yayos, ancianos, personas mayores, tercera o cuarta edad, edad de oro, pensionistas, maduros y otros... La mayoría son eufemismos para evitar el concepto real de vejez o viejo. Una expresión popular que va muy ligada a la edad social es la de tercera edad, que está considerada una forma amable de referirse a la persona vieja. Este término ha generado controversias, ya que para una mayoría implica tener una edad avanzada y entrar dentro de los parámetros de lo que sería un estereotipo. Es utilizada con frecuencia por los medios de comunicación y por las agencias de viajes. Sin embargo, este concepto no es más que un eufemismo para disimular o disfrazar la realidad de la vejez, que está considerada como un estigma.

La visibilización de los efectos o las consecuencias del envejecimiento relacionados con las personas mayores obliga, entre otras tareas, a actuar y potenciar los servicios sociales por parte de los agentes implicados en la planificación y la gestión de servicios y equipamientos dirigidos a este grupo de edad.

Para vivir en un mundo que envejece, hay que reconocer la valía de las personas de edad, permitir que participen en la vida activa, y también proporcionarles una atención y promoción de la salud y respetar su derecho a decidir.

## ¿Qué son los malos tratos a las personas mayores?

Los malos tratos a las personas mayores se definen, según la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores (2002), como «aquella acción única o repetida, o la falta de una respuesta adecuada, que cause daños o angustia a una persona mayor y que tenga lugar dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza». Incluye lo que se entiende como violencia y el abuso de poder desde una posición de confianza, pero también abarca todas las situaciones en que una persona mayor sufre las consecuencias de la omisión en la recepción de las ayudas que le son necesarias y de la vulneración de sus derechos.

El concepto de maltrato refleja lo que está considerado aceptable o no en materia de comportamiento interpersonal y comunitario en las diferentes sociedades. Se basa en la cultura, los valores, las tradiciones y las normas sociales, sometidos a una revisión continua y constante que el paso del tiempo y la propia evolución social hacen necesaria.

Es un fenómeno que tiende a incrementarse debido a diferentes factores, entre los que destacamos:

- a)** El envejecimiento de la población, ya que cuanto más mayores son las personas mayor posibilidad tienen de sufrir alguna forma de maltrato.
- b)** La elevada esperanza de vida, dado que a mayor edad mayor es la probabilidad de que se pueda manifestar algún tipo de deterioro cognitivo, lo cual está considerado como un factor de riesgo para poder sufrir malos tratos.
- c)** Otro elemento que entra en juego es la mayor y mejor defensa de los derechos de las personas mayores, recogidos en documentos tan relevantes como las cartas de derechos de Naciones Unidas, la Carta de los Derechos y Deberes de las Personas Mayores en Cataluña, la autotutela, las voluntades anticipadas, el consentimiento informado, entre otros, que favorecen y potencian el principio de autodeterminación de la persona mayor. Así pues, se puede afirmar que la vulneración de alguno de estos derechos conlleva claramente situaciones de maltrato.

Un gran paso adelante se dio con la declaración de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (la Asamblea General de las Naciones Unidas los aprobó el 16 de diciembre de 1991) para ayudar a la gente mayor a vivir mejor los años ganados a la vida (Resolución 46/91). Los citados principios son los siguientes:

- **Independencia.** En este principio se detallan una serie de derechos básicos que las personas mayores deben tener cubiertos. Enfatiza que deben tener la oportunidad de participar en las decisiones de su propia vida, así como poder acceder a programas de formación, poder vivir en entornos seguros y adaptados a sus capacidades y poder vivir, si lo desean, en el domicilio siempre que les sea posible.
- **Participación.** Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participando en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y compartiendo sus conocimientos con las generaciones más jóvenes.
- **Cuidado.** Las personas mayores deben gozar de la atención y protección de la familia y la comunidad, y deben tener acceso a los servicios sociales, sanitarios y jurídicos. También tienen derecho a acceder a la atención institucional para recibir protección, rehabilitación y estímulo social y mental, en un entorno humano y seguro. Y han de poder disfrutar de sus derechos fundamentales en caso de residir en un centro.
- **Autorealización.** Las personas mayores deben poder utilizar las oportunidades que tengan con el fin de desarrollar su potencial, y deben tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- **Dignidad.** Las personas mayores deben poder vivir con dignidad y seguridad y libres de padecer cualquier forma de maltrato.

Si bien la asunción de estos principios no es vinculante, sí han obtenido fuerza desde el punto de vista moral. En Cataluña, se han dado a conocer estas recomendaciones desde el Consejo Asesor de las Personas Mayores de Cataluña y la Carta de los Derechos y Deberes de las Personas Mayores de Cataluña, que son dos documentos representativos de los derechos y las libertades de las personas mayores.

En el estudio *Voces ausentes* (OMS, INPEA, 2002) se constata que la falta de respeto y la pérdida de la dignidad son las formas más dolorosas de maltrato según las personas mayores que participaron en el estudio internacional. Estas manifestaciones coinciden con los planteamientos que proclaman los principios de Naciones Unidas.

Con el fin de poder averiguar en qué situaciones se oculta un maltrato a una persona mayor, podemos acceder al modelo propuesto por Blumer (1971), en el que se analizan los problemas sociales en función de cómo son definidos y reconocidos por la sociedad. A tal efecto, el autor prevé la existencia de cinco etapas relacionadas con el análisis del fenómeno social:

1. Emergencia del problema en la sociedad.
2. Legitimación del problema.
3. Movilización hacia una acción respecto al problema.
4. Formulación de un plan de acción oficial por parte de los estamentos representativos.
5. Implementación del plan de acción.

Si nos referimos a los malos tratos a las personas mayores como fenómeno social, podemos observar que en nuestro país estamos situados entre la primera y la segunda etapa. La cuestión es: ¿por qué no se avanza en la legitimación del problema?

Hacer público este problema desde las diferentes administraciones, servicios o entidades y asociaciones conlleva la necesidad de que el concepto de maltrato, que es absolutamente presente en el imaginario, pase a nivel de conciencia colectiva y, por lo tanto, deriven de ello actuaciones concretas al respecto. Debe ser la propia sociedad, desde todos y cada uno de los agentes implicados, ya sea del más personal al más representativo, que en este caso es el Gobierno, la que aporte las soluciones al problema. No olvidemos que los malos tratos son causados por la sociedad y es esta la que debe actuar buscando los medios y las medidas correspondientes.

Comprender lo que ocurre en la etapa de la vejez es totalmente necesario para poder distinguir lo que es un sufrimiento, una carencia afectiva o un maltrato de una persona mayor. Es necesario, por lo tanto, realizar una evaluación ex-

haustiva del entorno más cercano, la familia, que también acusa y padece el sufrimiento de la persona mayor.

## Tipologías e indicadores de los malos tratos a las personas mayores

Presentamos las diversas formas consensuadas en que se pueden identificar los malos tratos hacia las personas mayores y algunos de los indicadores de sospecha.

### INDICADORES DE LAS DIVERSAS CATEGORÍAS DE MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES

| CATEGORÍAS DE MALTRATO   | INDICADORES DE SOSPECHA  |
|--|--|
| <p><b>1. Abuso físico:</b> es el uso de la fuerza física que ocasiona heridas, dolores o lesiones corporales. Pueden ser bofetadas, sacudidas, golpes, quemaduras, empujones, patadas, o cualquier agresión física con o sin objeto. Incluye, además, restricciones o confinamientos no apropiados en las camas, en las sillas, o en una habitación; el inapropiado uso de fármacos, como sedaciones sin prescripción; alimentación forzada.</p> | <p>Cortes, golpes, quemaduras, pinchazos, moretones, marcas de sujeción, llagas no curadas, inflamaciones, lesiones en zonas del cuerpo escondidas, caídas reiteradas inexplicables. Lesiones de difícil o contradictoria explicación sobre qué les ha producido. Fracturas. Desnutrición o deshidratación.</p>                          |
| <p><b>Abuso psicológico o emocional:</b> es infligir angustia, pena o estrés a través de actos o palabras. Se incluyen las agresiones verbales repetidas como amenazas, intimidaciones o interacciones que denigran a la persona o hieren o disminuyen su identidad, dignidad o autoestima.</p>  | <p>Insultos, humillaciones, trato indiferente, amenazas, gritos, desamparo, pasividad, aislamiento, infantilización. Miedo, evitación del contacto visual, físico o verbal con el agresor. Ira, negación, agitación, actitudes contradictorias o ambivalentes. Confusión, desorientación, ansiedad y depresión. Intento de suicidio.</p> |
| <p><b>Abuso sexual:</b> se produce en cualquier contacto sexual sin consentimiento: violación, sodomía, atentado contra el pudor, acoso, desnudo forzado, fotografía sexual explícita... Incluye los contactos sexuales con una persona que es incapaz de dar su consentimiento.</p>   | <p>Declaración de la propia persona mayor. Lesiones físicas y actitudes que puedan indicar el abuso, como la presencia de lesiones en áreas genitales o mamarias, así como un comportamiento sexual desinhibido o el rechazo a contactos físicos.</p>  |

| CATEGORÍAS DE MALTRATO   | INDICADORES DE SOSPECHA  |
|--|--|
| <p><b>Abuso económico y explotación (también llamado financiero o material):</b> es el uso ilegal o indebido de propiedades y finanzas pertenecientes a la persona mayor; la modificación forzada o coercida del testamento o de otros documentos jurídicos; la negación del derecho al acceso y control de los fondos personales; los fraudes, robos o hurtos cometidos por una persona de confianza; la firma de documentos sin información clara de su contenido o conocimiento. También incluye acuerdos poco equitativos respecto a traspaso de bienes a cambio de unos servicios de atención. Se excluyen los delitos comunes realizados por desconocidos.</p> | <p>Desaparición de joyas, objetos de arte o de valor. Movimientos bancarios sospechosos, deudas y gastos anormales. Pérdida del patrimonio, renuncia o cambios con transmisión de poderes repentinos. Ventas fraudulentas y engañosas, interés inusitado por hacerse cargo del anciano, demandas no justificadas de incapacitación.</p>                        |
| <p><b>Negligencia:</b> es no atender las necesidades de la persona mayor. Incluye las necesidades básicas de salud, ropa, higiene, alimentación, vivienda, seguridad, confort y el incumplimiento de los deberes fiduciarios de una persona. Puede ser intencionada o no intencionada por falta de capacidad, información, interés o recursos.</p>   | <p>Condiciones de vida peligrosas; no disponer de una vivienda con condiciones de habitabilidad o con suciedad, acumulación de desechos o malos olores. Ropa inadecuada, falta de higiene personal, parásitos e infecciones. Malnutrición, problemas de salud sin tratamiento o cuidado. Falta de prótesis auditivas, dentales o gafas, si son necesarias.</p> |
| <p><b>Abandono:</b> es la deserción por parte de la persona (o institución) cuidadora que cuida y custodia a la persona mayor y la desampara voluntariamente.</p>  | <p>Abandonar a la persona mayor en una institución, ya sea hospital o residencia, o bien en la calle, en una gasolinera, en un parque o en el domicilio.</p>   |
| <p><b>Vulneración de derechos:</b> consiste en la agresión, la privación o el no reconocimiento de los derechos fundamentales como la dignidad, el respeto, la intimidad, la confidencialidad y la participación. La libertad es un derecho fundamental, como el derecho a decidir.</p>  | <p>Falta de respeto a la intimidad y a la libertad. No tener en consideración los deseos y las decisiones de la persona mayor sobre aspectos vitales (dónde, con quién y de qué manera quiere vivir). Los tratos discriminatorios y desconsiderados. Aislamiento.</p>  |

Fuente: M. Tabueña (2006). Los malos tratos y la vejez: un enfoque psicossocial. Intervención psicossocial. Vol. 15 (3)

Los abusos y los malos tratos pueden ser actos conscientes y deliberados, pero también pueden ser el resultado de una incapacidad por parte de las personas o los profesionales que asumen el cuidado de la persona mayor en situación de dependencia.

Se realiza un gran esfuerzo por superar cada día la identificación de señales de alerta para poder captar malos tratos que la persona mayor no quiere o no puede comunicar. Esta es una gran dificultad que se añade a la de una persona mayor víctima que no perciba como tal el maltrato.

## ¿Dónde pueden suceder las diferentes formas de malos tratos?

Cualquiera de las diferentes formas de malos tratos pueden tener lugar en tres ámbitos determinados:

- **Ámbito familiar y/o domiciliario:** se abordan todas aquellas situaciones de maltrato que se producen en el espacio domiciliario; también se pueden incluir las situaciones de maltrato derivadas de los vínculos sociales y familiares de la persona mayor.
- **Ámbito institucional:** se abordan todas aquellas situaciones de maltrato que se producen en el espacio de las instituciones, considerando como tales los hospitales, las residencias geriátricas, los centros de día, los centros de respiro, los centros sociosanitarios, tanto de dependencia pública como privada.
- **Ámbito estructural o social** (acoso inmobiliario, falta de recursos, entre otros).

## Dimensión del problema

Desconocemos la amplitud del problema, ya que nos faltan estudios propios representativos de la población mayor de Cataluña, tanto de prevalencia como de incidencia, que nos indiquen la descripción real de lo que está pasando. Disponemos de microestudios que no nos permiten extrapolar las conclusiones al resto de la población. Sin embargo, los profesionales de primera línea de acción, como son los que trabajan en centros de atención primaria en servicios sociales o de salud, constatan y perciben una casuística que representa la punta del iceberg del fenómeno.

También por parte de la sociedad en general se va dilucidando la necesidad de conocer más la existencia del problema. Así, en el estudio *Percepció de la població general sobre el maltractament vers les persones grans* (EIMA 2015), la muestra consultada manifiesta tener poco conocimiento directo sobre casos de maltrato y opina que no hay campañas de sensibilización y también que las personas que lo padecen suelen no explicarlo ni hacer denuncia. Es una información importante a tener en cuenta para divulgar, mediante campañas de sensibilización, la existencia de los malos tratos que afectan a las personas mayores.

Ha sido después de aceptar y asimilar la realidad de los malos tratos a los niños y las mujeres que se ha abierto la puerta a lo que se ha denominado la «caja de Pandora» o la «caja de los truenos» (donde el mundo guarda todos los males), y es así porque los malos tratos a las personas mayores no son solo patrimonio de marginados o producto de la desestructuración familiar, sino que es un problema cercano a todos, cotidiano, generalizado.

Según el informe publicado por la OMS titulado *European report on preventing elder maltreatment* (2011), el 2,7 % de las personas mayores han experimentado maltrato y abuso, lo que, en números absolutos, supondría unos cuatro millones de personas mayores en Europa.

## Factores de riesgo

Entendemos como factor de riesgo aquella característica que califica a una persona y que la hace más vulnerable ante una posible adversidad. El riesgo especifica la probabilidad de que un hecho desfavorable ocurra en algún momento futuro. Sin embargo, no significa que aquellas personas que presenten algún factor de riesgo deban ser maltratadas, pero hay que tener en cuenta si hay una acumulación de factores circunstanciales.

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

- Evitar que vuelva a suceder lo que ya ha ocurrido con anterioridad.
- Elaborar estrategias para evitar que la situación se vuelva a repetir.

Para conseguir que los factores de riesgo alcancen estos objetivos, deben ir acompañados de explicaciones teóricas.

Los estudios actuales acerca de los malos tratos a las personas de edad avanzada señalan que existen unos factores que predisponen a generar una situación de maltrato y que son muy importantes, tales como las enfermedades mentales y las demencias, y hay que valorarlos a la hora de definir las estrategias de prevención.

## PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO

| PERSONA MAYOR   | PERSONA RESPONSABLE DE LOS MALOS TRATOS  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro físico.</li> <li>• Dependencia financiera, física y emocional.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Cohabitación.</li> <li>• Pobreza.</li> <li>• Antecedentes de maltrato.</li> <li>• Sexo femenino.</li> <li>• Estado civil (viudedad).</li> <li>• Deterioro cognitivo y alteraciones de la conducta (incontinencia, agresividad, agitación, vagabundear).</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Demencia.</li> <li>• Baja autoestima.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga del cuidador, física y emocional.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Abuso de alcohol, fármacos o drogas.</li> <li>• Enfermedad mental.</li> <li>• Trastornos de personalidad.</li> <li>• Enfermedad física crónica.</li> <li>• Dependencia de la víctima: económica, de vivienda.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Pobreza.</li> <li>• Antecedentes de violencia familiar.</li> <li>• Incapacidad del cuidador para cuidar de la persona mayor enferma.</li> </ul> |

El hecho de poder conocer y entender los diversos factores de riesgo (características personales, estilos de vida, experiencias y comportamientos que incrementan la posibilidad de que se presente una situación de maltrato) es básico y fundamental para desarrollar estrategias de detección con el fin de evitar la aparición de nuevas situaciones.

## ¿Qué personas pueden ser las responsables y por qué se producen los abusos y los malos tratos?

Puede ser responsable de los malos tratos cualquier persona que atente contra la integridad física, emocional y patrimonial de una persona mayor, como, por ejemplo, los familiares, los vecinos, las amistades, los cuidadores, los conocidos, el personal de las instituciones (residencias, hospitales y otros). Por lo general, se trata de las personas más cercanas.

En cuanto a las **personas cuidadoras**, en todas sus categorías, se valoran aspectos que no permiten un buen trato respecto de las personas que deben atender, especialmente las que presentan situación de dependencia y vulnerabilidad. Raramente el acceso a un puesto de trabajo es vocacional y la formación, las habilidades y las competencias son escasas o nulas, domina la intuición y el hecho de que «es fácil cuidar de las personas mayores...».

Por otra parte, habría que hacer hincapié en el escaso reconocimiento social, institucional, profesional y económico de los cuidadores.

El equipo multidisciplinar, como una unidad fundamental de trabajo, desempeña un papel importante de complicidad en el supuesto de que el trabajador cuidador decida aplicar o no la ley del silencio ante un maltrato familiar o institucional.

Sucede a menudo que, por cansancio o por no darle importancia, las **familias** dejan pasar mucho tiempo sin que nadie vaya a visitar y supervisar si realmente sus mayores reciben el cuidado necesario para su bienestar (ropa, medicación, peluquería, podología, nutrición, entre otros).

Recordemos que en el expediente asistencial de la persona ingresada en un centro residencial están registrados todos aquellos aspectos relacionados con las contenciones físicas y/o farmacológicas y otros relacionados con el paciente.

Es frecuente que las familias, en el momento de ingresar a una persona mayor en un centro residencial, confíen plenamente en la organización, lo que puede generar una situación de no escuchar o no creer lo que manifiesta la persona mayor.

También pueden surgir conflictos producidos por los **propios residentes** que manifiesten con sus compañeros su carácter duro, litigante, o que pasen por episodios de agitación o delirio, y con ideas de fuga, con lo que todo ello puede suponer.

La Administración, tanto autonómica como municipal, debe supervisar y controlar los servicios que se prestan a los centros y a las familias, así como a los profesionales que los desempeñan. Hay que facilitar protocolos y guías de actuación que orienten hacia el buen trato a las personas mayores que deben recibir la atención. Debe darse mucha importancia a la necesidad de proporcionar una formación específica de todo el personal.

## La detección

Entendemos por detección la utilización de diferentes instrumentos teóricos y técnicos que permitan identificar y hacer visible el problema de los malos tratos hacia las personas mayores, tanto si aparecen de forma aislada como si se trata de una situación crónica.

La detección permite conocer las situaciones en las que debe intervenir para evitar el desarrollo y la cronicidad de los malos tratos.

La puerta de entrada de una situación de malos tratos a personas mayores puede ser la familia, la propia persona mayor, el médico, los trabajadores sociales, los cuerpos de seguridad y otros. Postulamos que el silencio, no solo el de las propias víctimas sino también el de los profesionales y el de la sociedad en general, es cómplice de los malos tratos.

Existen muchas formas de realizar una buena detección (Tabueña, C.M., 2006).

**a) En cuanto a la víctima, la persona mayor:**

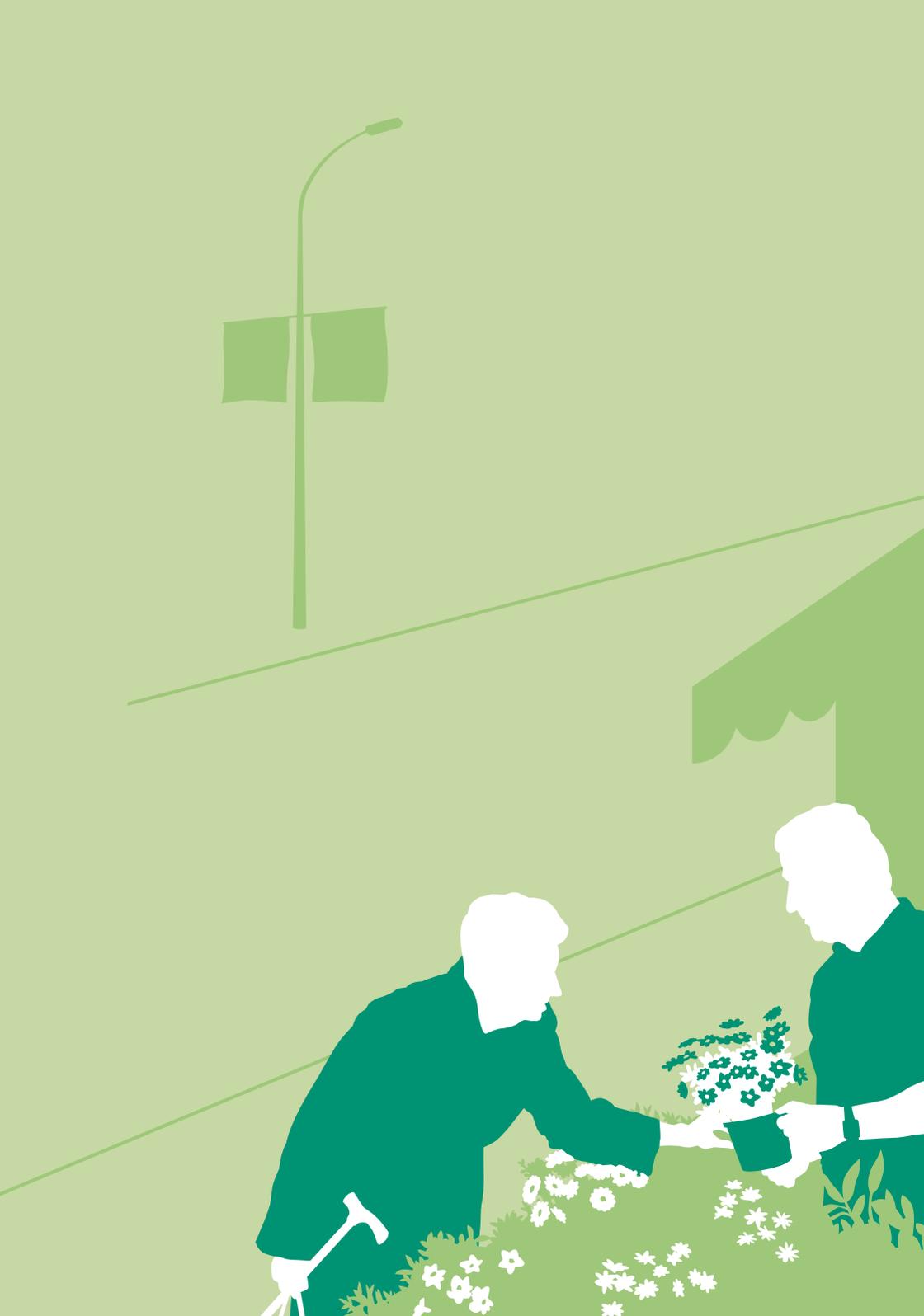
- Sentimientos de culpa o vergüenza.
- Justificación o necesidad de proteger al causante del maltrato.
- Personas con dificultades para expresarse verbalmente o para informar con claridad.
- Miedo a las represalias, a la pérdida de los vínculos afectivos.
- Falta de confianza en las soluciones.

**b) En cuanto a los profesionales:**

- Atribuir el comportamiento del anciano maltratado al propio estado físico o a la mala salud por edad avanzada.
- Creer que lo que pasa en la familia es una cuestión privada (cultural).
- Sufrir falta de protocolos estandarizados para saber qué hacer y dónde ir.
- Documentar y obtener pruebas.
- Sectorizar el problema, cómo obtener información necesaria de otros profesionales.
- Aspectos éticos y legales.

Detectar los malos tratos depende de la concienciación, del conocimiento y también de la comprensión, tanto colectiva como individual, que se tiene del fenómeno.

Se cuenta con herramientas que pueden ayudar a detectar una posible situación. Entre otras, destacamos el EASI (*Elder Abuse Suspicion Index*), que es un instrumento validado y que permite obtener un índice de sospecha de malos tratos hacia las personas mayores.



---

# METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LOS TALLERES

El trabajo con el grupo se llevará a cabo mediante la dinámica de cuatro talleres, dirigidos por un docente coordinador y todos ellos relacionados entre sí y con una estructura similar.

Se emplearán las técnicas de los talleres, el estudio de casos, el juego de rol (*role playing*). También contaremos con el apoyo de vídeos de YouTube, material fotográfico y otros recursos.

## LOS TALLERES

Son espacios en los que se combina la teoría y la práctica en torno a un tema central, en este caso los malos tratos a las personas mayores. Participa en ellos un número limitado de personas mediante una implicación activa y sistemática. El intercambio de experiencias, opiniones, discusiones, etc. puede ayudar a generar nuevos puntos de vista y nuevas soluciones a los temas expuestos.

El aprendizaje surge de la reflexión de grupo y participativa.

### **¿A quién van dirigidos los talleres?**

Se deben marcar unos criterios para conocer el perfil de las personas que asistirán a los grupos. Tienen que ser profesionales que tengan interés en obtener una formación práctica referente a los malos tratos a las personas mayores.

**¿Dónde se realiza el taller?** El ambiente y el lugar son elementos importantes para favorecer o no el aprendizaje.

El coordinador/docente es quien planifica y lleva todo el seguimiento y control del taller. Es su pieza central. Debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar. También debe disponer de competencias para realizar trabajo de grupo, comunicar, escuchar, gestionar, tomar iniciativas y actuar en los momentos precisos.

## EL ESTUDIO DE CASOS

Es la exposición de una situación que se presenta a los participantes en una sesión plenaria y se dan las instrucciones necesarias para analizar la situación expuesta y buscar soluciones.

Posteriormente se forman grupos para trabajar el caso.

Después, cada grupo elige a uno o varios portavoces, que exponen, en sesión plenaria, los resultados obtenidos. Finalmente se elaboran las conclusiones con todas las aportaciones de los diferentes grupos.

## PARTICIPANTES

El documento va dirigido a los profesionales que han recibido formación específica sobre el fenómeno de los abusos y los malos tratos a las personas mayores y que trabajan con personas mayores y que a la vez quieren sensibilizar sobre el fenómeno a otros profesionales que no han recibido formación al respecto.

## LOS TALLERES

A lo largo del documento se desarrollan los siguientes talleres:

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>TALLER 1</b> | <b>MITOS, ESTEREOTIPOS Y EDADISMO</b>                   |
| <b>TALLER 2</b> | <b>LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES</b>             |
| <b>TALLER 3</b> | <b>PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS</b>                   |
| <b>TALLER 4</b> | <b>LAS RELACIONES FAMILIARES Y LAS PERSONAS MAYORES</b> |

---

## Taller 1

# MITOS, ESTEREOTIPOS Y EDADISMO

## Presentación

Los mitos y los estereotipos suponen una grave consecuencia y es la de no considerar como posible la existencia de discriminación y malos tratos a las personas mayores.

Envejecer modifica nuestra imagen, y mirar al otro puede ser impactante para algunos, puede generar molestia, vergüenza, rechazo, el miedo de su propio devenir mediante el otro (el efecto espejo). La vejez no es una enfermedad que tenemos que curar, pero sí un estado que nos fuerza a actuar.

El concepto *ageism* es definido por R. Butler (1975) como un «proceso de discriminación y estereotipación de una manera sistemática hacia las personas de edad avanzada por el solo hecho de ser viejas». En las sociedades modernas, centradas en el éxito económico, la juventud y la competitividad, la visión que se tiene sobre las personas mayores es, frecuentemente, minusvaloradora y asistencialista. Este fenómeno de desvalorización social y de desconocimiento de las capacidades reales de la gente mayor se ha definido como *edadismo*, concepto que describe aquellas actitudes negativas, desfavorables y de discriminación en función de la edad, y que considera los derechos de las personas mayores de menor importancia que los de otros miembros de la sociedad «más productivos», lo que disminuye el valor que se les concede como personas.

Los estereotipos son ideas simplificadas y sesgadas sobre las características personales de la mayoría de un grupo de personas. Son categorías compartidas en la cultura de un grupo y son aprendidas como parte del proceso de aprendizaje. El peligro radica en la simplificación de la realidad, ignorando la diversidad de los miembros del grupo.

Algunos de los estereotipos son: la mayoría de las personas de edad avanzada viven en países desarrollados; todas las personas mayores son iguales; las personas mayores son débiles; la enfermedad y la vejez van juntas; la mayoría tienen algún déficit cognitivo; las personas mayores no tienen nada que aportar de nuevo; las personas mayores son una carga para la sociedad; las personas mayores viven aisladas y lejos de la realidad.

Sin embargo, las propias personas mayores se adaptan y legitiman estos estereotipos mediante la infravaloración de sus capacidades y la aceptación pasiva de imágenes negativas de la vejez.

Los profesionales también participan en la discriminación originada por los estereotipos cuando se realizan intervenciones o se toman decisiones, con familiares o gente cercana, al margen de la propia persona mayor, pensando que es lo mejor para ella. Hay que ser conscientes de ello y no aceptar ningún tipo de discriminación por razón de edad.

La mayoría de las personas mayores que necesitan ayuda actualmente están recibiendo el apoyo de la estructura familiar, pero esta se encuentra en pleno cambio y presenta una gran fragilidad como modelo debido, especialmente, a la baja natalidad y la situación laboral de las mujeres. Hay que mejorar los servicios y las estructuras para cubrir las necesidades que van surgiendo con el envejecimiento.

## Los objetivos

Como objetivo general del taller, destacamos el hecho de sensibilizar a los profesionales de las diversas formas de discriminación de que son objeto las personas mayores y poder intervenir para lograr un envejecimiento saludable basado en el buen trato.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Reflexionar y ampliar conocimientos sobre las posibles situaciones de discriminación y estereotipación de la vejez.
- Saber identificar las diferentes situaciones de edadismo que afectan a la gente mayor.
- Relacionar, analizar y evaluar las implicaciones de los estereotipos con la posibilidad de sufrir alguna forma de maltrato.
- Buscar formas operativas para modificar estereotipos con actitudes negativas que afectan a las personas mayores.
- Adquirir habilidades y competencias para definir actitudes discriminatorias dirigidas a las personas mayores.
- Compartir y generar ideas para combatir la discriminación.

## Contenidos

El edadismo es una de las tres grandes formas de discriminación de nuestra sociedad, detrás del racismo y el sexismo. Está considerado un problema universal, y se trata de una forma de discriminación que ocasiona una reducción de la autoestima y la debilidad de las personas que la padecen. Provoca que las personas mayores adopten la imagen negativa que domina en la sociedad y que tiendan a comportarse de acuerdo con esta imagen que les dice lo que una persona debe o no debe hacer.

Combatir el edadismo es una cuestión de derechos humanos. Recordemos que, en tiempos pasados, las personas mayores eran consideradas valiosas, transmisoras de tradiciones, historia y cultura. Pero, con la transformación de la sociedad agraria a la industrializada, las personas mayores fueron perdiendo su autoridad, cambiaron los valores y la productividad pasó a un primer lugar de atención. El mito de que contribuyen poco o nada está llegando a una conclusión equivocada: si no aportan nada no merecen nada. En estos momentos críticos de nuestra sociedad, en que las familias están sometidas a grandes presiones económicas, no olvidemos el papel sustentador que desempeñan las personas mayores respecto a los miembros de la familia. Son unos cuidadores destacados de los nietos y lo hacen de forma natural, con motivación y ganas de ayudar a los hijos. Se trata de ser útiles y así también se sienten felices.

- *El edadismo puede ser intencionado*, a través de actitudes y prácticas contra las personas mayores. Por ejemplo, las personas mayores son objetivo de estafas y ventas engañosas de inmuebles u otros por parte de profesionales muy cualificados.

<http://www.lavanguardia.com/politica/20150709/54433310710/detenidos-un-notario-y-un-abogado-por-estafar-a-mas-de-50-ancianos.html>

- Si se tratara de personas jóvenes, esta situación que se relata difícilmente sería posible; por lo tanto, la vejez y su vulnerabilidad son elementos fundamentales para ser víctima.

El *edadismo no intencionado* o *involuntario* causado esencialmente por una falta de sensibilidad y de conocimiento. Por ejemplo, se construyen parques, calles, cajeros automáticos, tiendas y otros sin tener en cuenta las características y limitaciones de las personas mayores, especialmente el ritmo y otros aspectos importantes. No olvidemos la importancia de la ergonomía en el diseño

del mobiliario, la telefonía, el formato o el tamaño de la letra en prospectos de fármacos, contratos, cláusulas, facturas, etc.

Las actitudes edadistas pueden influir en la manera en que se trata a las personas. Podemos destacar el lenguaje que en ocasiones se utiliza para hablar con personas de edad avanzada y que manifiesta muchos prejuicios; destaca especialmente la manera de hablar infantilizante o infantilizadora. Esta se caracteriza por hablar en tono muy alto, de una forma forzada, irrespetuosa y especialmente paternalista, utilizando un vocabulario limitado, muchas repeticiones, el tuteo, el uso de diminutivos...

Hay que luchar contra la utilización de palabras como «abuelos», cuando no son adecuadas, ya que ni todas las personas mayores lo son, ni a todas les gusta que los llamen así. En definitiva, son personas mayores independientemente de su situación relacional.

Hay que tener presente que la infantilización es un indicador de maltrato psicológico, de tal modo que el hecho de dirigirse a las personas mayores como si fueran niños y actuar de modo paternalista puede favorecer y generar actitudes dependientes, que a su vez provocan aislamiento e incluso estados depresivos, lo que puede llegar a hacer que la persona alcance un gran declive físico, cognitivo y emocional (Ryan, Giles, Bartolucci y Henwood, 1986).

En el **ámbito sanitario**, podemos encontrar diferentes ejemplos de discriminación, como el que reflejan algunos ensayos clínicos de fármacos que llevan a cabo laboratorios farmacéuticos, en que aún no se incluyen como muestra a las personas mayores, lo que es perjudicial porque no se conocen en profundidad los efectos posibles de los citados **fármacos en las personas de edad**.

El edadismo influye en la forma de tratar a las personas. Los autores Kayser y Jones (1990) lo resumieron en cuatro puntos:

- La despersonalización de la persona mayor sin tener en cuenta sus circunstancias, sus necesidades y su perfil psicológico. El hecho de ser considerada un número más.
- La deshumanización cuando se ignoran tanto los deseos como las opiniones que afectan a la vida personal de la persona mayor.
- La victimización que afecta a la persona mayor mediante insultos, hurtos, chantajes y otras formas de actuación.

- La infantilización cuando, entre otras situaciones, se actúa invadiendo las decisiones de la persona mayor creyendo que no es capaz de decidir de manera adecuada.

## ESTEREOTIPOS, EDADISMO Y BUEN TRATO

Las falsas creencias son generadoras de malos tratos. Si hay buen trato, esto indica que hay ausencia de maltrato; por el contrario, en situaciones de maltrato, hay ausencia de buen trato. Ambos conceptos van estrechamente ligados.

Uno de los fundamentos del buen trato es el respeto por la persona mayor, su dignidad y su singularidad. El buen trato es una consecuencia de la exigencia de equidad y de justicia social que concierne al conjunto de todos los actores sociales. El buen trato es una dinámica que implica tanto a los profesionales como a las propias personas mayores y a las personas más próximas, así como a los agentes que intervienen en la relación de ayuda para mantener una estrecha colaboración y obtener unos mejores resultados.

Entre algunas de las estrategias que pueden ayudar a mejorar el buen trato y evitar situaciones abusivas en la atención y cuidado de las personas mayores, destacamos la de incrementar la formación específica en el fenómeno de los malos tratos y también en gerontología de todos los profesionales y cuidadores, tanto en centros como en servicios domiciliarios. Erradicar los mitos y estereotipos es fundamental para potenciar el buen trato.

Del mismo modo, la reducción de la sobrecarga de los profesionales y familiares (síndrome de estar quemado o *burnout*) a la hora de cuidar de las personas mayores en situación de dependencia es imprescindible para desarrollar la tarea de manera adecuada y respetuosa.

## ALGUNOS DE LOS ESTEREOTIPOS QUE GENERAN EDADISMO Y DISCRIMINACIÓN

Seguidamente se presentan una serie de mitos o estereotipos y realidades que se dan en la vejez. En el cuadro de la izquierda se describen algunos de los estereotipos más habituales en la literatura y en el cuadro de la derecha aparece lo que sucede en la vejez en la realidad.

| ESTEREOTIPO   | LA REALIDAD   |
|---|---|
| <p>Las personas mayores son una carga para la sociedad. No son productivas y consumen muchos servicios y prestaciones de salud.</p>                       | <p>Actualmente las personas mayores son las grandes sustentadoras de muchas familias y están dando un apoyo fundamental también como voluntarios sociales.</p>  |
| <p>Un elevado porcentaje presenta algún grado de déficit cognitivo.</p>   | <p>En el supuesto de que la persona mayor tenga un déficit en las habilidades intelectuales, no es lo suficientemente severo para causar problemas cotidianos.</p>  |
| <p>Es común pensar que vejez y enfermedad van juntas. Se tiene la creencia de que son personas débiles, poco autónomas y, por lo tanto, dependientes.</p> | <p>Por el contrario, la gran mayoría viven una vejez activa y autónoma.</p>   |
| <p>Las personas mayores se vuelven difíciles de trato y son muy rígidas en sus ideas.</p>   | <p>Se envejece como se vive y tanto el carácter como la personalidad se mantienen a lo largo del ciclo vital.</p>   |
| <p>Con la edad se pierde la capacidad para aprender cosas nuevas y aún más las tecnológicas, por lo tanto no pueden aprender.</p>                         | <p>Lo que cambia es el ritmo para hacer las cosas, es más lento, pero no se pierde la capacidad de aprendizaje.</p> <p>Cada vez más hay personas mayores que dominan las nuevas tecnologías como Internet, WhatsApp y otros sistemas para comunicarse con la familia, los servicios médicos, hacer la compra...</p> |
| <p>Todas las personas mayores son iguales, piensan igual y tienen los mismos problemas. Están consideradas un colectivo homogéneo.</p>                    | <p>Son un grupo de población heterogéneo (individuos), lo que implica que la atención debe ser individualizada.</p>   |

Estas atribuciones negativas tan generalizadas son asumidas por las personas mayores, lo que produce unos efectos nocivos para su salud física y mental. Por este motivo, el fomento de políticas y actuaciones encaminadas a reducir la presencia de estereotipos y edadismo en la sociedad es fundamental para promover mayores niveles de bienestar en el grupo de las personas mayores.

Se debe tener presente que la información, la formación, las habilidades, la motivación y la comprensión de los valores culturales, morales y éticos de las personas mayores que son atendidas condicionarán en gran medida la buena praxis profesional y generarán líneas innovadoras de prevención y de intervención de posibles situaciones de discriminación y de malos tratos.

## Las actividades

### Actividad A

En este espacio centraremos nuestra atención en averiguar la percepción y los sentimientos respecto a la forma, y al mismo tiempo cuál puede ser el impacto personal que pueden sufrir las personas mayores que viven, o pueden vivir, en situación de discriminación y vulnerabilidad.

Para lograr este objetivo, realizaremos diferentes acciones.

#### A.1. PRIMERA PARTE. DESARROLLO DE LA SESIÓN

- a) El conductor/docente de la sesión realizará una presentación de los objetivos, la dinámica y los contenidos que se trabajarán durante la sesión a todos los miembros. Será importante, también, que todos los presentes hagan una presentación breve ante el resto de los asistentes.
- b) Posteriormente, cada miembro del grupo, a título personal, por escrito anónimo, y por lo tanto con una actitud de implicación con el grupo, reflexionará sobre cómo se ve si tuviera una edad entre los 75 y los 80 años y cómo querría que fuera tratado o tratada por sus cercanos (familiares, amigos, profesionales y otros).

- En situación de tener 80 años o más, ¿cree que va a necesitar algún tipo de ayuda?
  - ¿Dónde le gustaría vivir?
  - ¿Quién le gustaría que le cuidara en caso de necesidad?
  - ¿Qué características debería tener la persona que tenga a su cargo su cuidado y atención?
- c)** El docente recogerá los escritos y después los irá distribuyendo indiscriminadamente entre los componentes del grupo, de tal manera que ninguno de ellos tendrá el suyo. Se leerán todas las aportaciones en voz alta.
- d)** Actividad grupal: habrá una exposición en común de las diversas aportaciones surgidas entre los miembros del grupo. Se abrirá un debate.

## A.2. SEGUNDA PARTE DE LA ACTIVIDAD

- e)** A continuación se visionará el vídeo titulado *¿Cómo quieren ser cuidadas las personas mayores? Me llamo Carmen*. Cáritas Málaga  
<https://www.youtube.com/watch?v=uZuIPoGX0Yo>

- f)** Durante los 15 minutos de vídeo irán apareciendo en la pantalla aspectos muy significativos y representativos del tema que estamos tratando en el taller.

La idea central es realizar un ejercicio comparativo entre las opiniones expresadas en el vídeo por las personas mayores protagonistas reales, en referencia a cómo quieren ser cuidadas, y los deseos manifestados por los miembros del grupo, como un acto imaginario, con relación a cómo querrían ser cuidados si fueran mayores y necesitaran ayuda.

- g)** Habrá, pues, que prestar atención a los elementos que vayan surgiendo para tomar nota por escrito y poderlos teorizar posteriormente. Se plantean algunas cuestiones:
- ¿Qué deseos de atención expresa Carmen?
  - ¿Qué elementos del vídeo expresan un trato edadista.
  - ¿Se identifica algún indicador de maltrato psicológico?
  - ¿Cómo se expresa el derecho al respeto y a la dignidad de las personas mayores?

- ¿Qué posibilidades hay de que se actúe sin discriminación o edadismo?
- ¿Qué recursos se pueden utilizar para mejorar el buen trato?

**h)** Una vez finalizado el vídeo, se realizará una puesta en común y un debate grupal de los contenidos surgidos.

**i)** Se llevará a cabo una reflexión por parte del docente coordinador, que concluirá repasando las ideas principales con el refuerzo del marco teórico.

---

☑ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **2 horas**

---

## RECURSOS Y MATERIALES

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pantalla para proyectar, conexión a Internet, ordenador, proyector, pizarra con rotuladores de colores, hojas en blanco y bolígrafos.

## Actividad B

### ACTIVIDAD B.1

Nos encontramos ante una falsa creencia sobre la capacidad de adaptación y de aprendizaje de las personas mayores. Se cree que hay una falta de interés, que no tienen capacidad para aprender cosas nuevas (tecnologías), es decir, que son incapaces de asumir responsabilidades, lo que favorece el refuerzo de actitudes dependientes en lugar de propiciar actitudes que contribuyan al mantenimiento de la autonomía y el refuerzo de sus capacidades. A menudo oímos la siguiente expresión: «Esto el abuelo no lo entenderá y no sabrá hacerlo». Hay que darle la oportunidad. Ante un teclado, Internet o cualquier programa, no solo es capaz, sino que supera a otros miembros de la familia en ejecución de funciones. Solo hay que reconocer que el ritmo es diferente del de una persona joven, pero al final llegará perfectamente.

Autores como Butler (1975) afirman que la palabra *edadismo* es más popular que la palabra *gerontofobia*, que significa 'miedo patológico' o 'fobia a envejecer'. La mayoría de las personas han vivido experiencias con el edadismo, que tiene presencia en ámbitos muy diversos.

El objetivo de la actividad es poder identificar y relatar situaciones donde queden claramente expresadas situaciones de discriminación o edadismo.

Para ello, cada miembro del grupo contará dos o más situaciones relacionadas con los mitos, la discriminación y el edadismo, y se desarrollarán las siguientes acciones:

- a) Durante 10 minutos, y por escrito, se intentarán relatar dos o tres situaciones de edadismo que afecten a personas mayores en su entorno, sea en el ámbito institucional, familiar o estructural (social).
- b) Posteriormente habrá una puesta en común para compartir las exposiciones individuales y poder tener más elementos identificadores de edadismo.
- c) Se escribirá una lista de situaciones diversas ilustrativas del tema para ir las teorizando.



**DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: 1 hora y 30 minutos**

---

## ACTIVIDAD B.2

Existe una tendencia encaminada a la desaparición de la familia extensa; se van produciendo cambios importantes, no solo en la estructura, sino también en las funciones de los miembros de la familia. Todo ello genera un vacío en el espacio del cuidador, que vive esta función como una sobrecarga. Por otro lado, se produce una desvinculación entre los miembros de la familia.

En todas las fases del ciclo vital se considera el contexto familiar el mejor ámbito donde se favorece la relación social y afectiva. Las personas mayores, por motivos diversos, tienden a disminuir sus relaciones sociales, y por esta razón la familia y las relaciones afectivas desempeñan un papel fundamental en su vida porque van ligadas al sentido de pertenencia, de seguridad y de referencia.

Con el fin de trabajar los aspectos de la discriminación que sufre una persona mayor en un contexto tan reducido como el de la familia, planteamos la actividad haciendo un análisis del cuento popular «El tazón del abuelo»:

<https://www.youtube.com/watch?v=tmzA6lUOyaM>

Se trata de un texto rico en situaciones en que se dan diferentes estereotipos que conllevan actitudes negativas, tanto sociales como familiares, que pueden suponer riesgos emocionales y físicos, con un final sensibilizador, lleno de respeto y estimación. Consulte el cuadro de mitos y estereotipos que se encuentra en la presentación del taller.

La dinámica consiste en trabajar en grupos de un máximo de seis personas nombrando a un portavoz.

Una vez visionado el YouTube, y con el texto en soporte papel, el grupo, con una lluvia de ideas, aportará los elementos más relevantes que sugiere el cuento.

Hay que contestar las siguientes preguntas y justificar las respuestas:

- ¿Se puede llegar a pensar que existe alguna situación de discriminación o edadismo en el relato?
- En caso afirmativo, ¿qué forma o qué formas se pueden identificar?
- ¿Pueden llegar a ser situaciones de maltrato?
- ¿Quién es o quiénes son los responsables de estos actos?
- ¿Qué actitud manifiesta la persona mayor?
- ¿Es posible reformular las situaciones de discriminación por convertirlas en buen trato?
- ¿Qué intervenciones se pueden llevar a cabo para evitar las actitudes edadistas?

Después de trabajar las preguntas, los grupos se reagrupan y los portavoces aportan sus observaciones relativas a las cuestiones formuladas.

Finalmente, con el apoyo del docente coordinador, hay que consensuar las opiniones de los participantes.



DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **2 horas y 30 minutos**

---

## RECURSOS Y MATERIALES

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pantalla para proyectar, conexión a Internet, ordenador, proyector, pizarra con rotuladores de colores, hojas en blanco y bolígrafos.

---

## Taller 2

# LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

## Presentación

Respetar los derechos de las personas mayores significa tratarlas bien, y a la vez reducir o hacer desaparecer la posibilidad de que sufran malos tratos.

A cualquier edad es necesario conocer cuáles son los derechos, pero también utilizarlos y disfrutar de ellos, para tener una buena calidad de vida. Esto es aún más importante cuando una persona es de edad avanzada, ya que — tal y como se trabaja en otro taller— el edadismo, la discriminación por razón de edad, conlleva la vulneración de los derechos de las personas mayores. Por lo tanto, hay que hacer frente a esta discriminación con la utilización y el respeto de los derechos de las personas mayores.

También es necesario que la propia persona mayor tenga conciencia del derecho, y haga uso de estos derechos, ya que constituyen un mecanismo de autoprotección.

No hay muchos recursos legales específicos para las personas mayores, pero sí hay algunos que hay que tener en cuenta, a nivel preventivo, que garantizan que se mantengan la voluntad y las decisiones de la persona mayor, tanto cuando esta mantiene preservada su capacidad de decidir como cuando la ha perdido.

Actualmente, nuestro sistema legislativo dispone de buenos recursos preventivos y protectores cuando se pierde la capacidad de decidir, pero necesita mejorar los recursos sancionadores cuando se comete un delito sobre la persona mayor.

## Los objetivos

El objetivo general es conocer cuáles son los derechos de las personas mayores, tanto en el ámbito preventivo como en el protector y sancionador, para que estas personas puedan disfrutar de una buena calidad de vida, sean respetadas y mantengan, en todo momento, su derecho a decidir.

Como objetivos específicos, destacamos:

- Diferenciar qué derechos hay que utilizar, y en qué momento, a nivel preventivo, para evitar o reducir las situaciones de malos tratos.
- Reconocer cuáles son los diferentes recursos protectores cuando la persona pierde capacidad de decidir.
- Cómo y dónde usar estos recursos protectores.
- Informar de los recursos sancionadores y su utilidad.

## Contenidos

Conocer cuáles son los derechos que es recomendable que utilicen las personas mayores, aparte de los genéricos e inherentes que ya tienen por ser personas, es imprescindible para tener una protección jurídica integral, con la doble finalidad de mejorar la calidad de vida y como medida preventiva para posibles situaciones de malos tratos.

Los llamados *documentos preventivos* sirven para garantizar a la persona mayor que se cumplirá su voluntad, tanto cuando mantiene la plena capacidad de decidir como cuando esta está mermada o se pierde.

Se determina cómo quiere ser tratada y por quién, y puede hacer referencia tanto a la parte personal como patrimonial.

Los documentos preventivos son los siguientes:

### DELACIÓN VOLUNTARIA (AUTOTUTELA)

Para el caso de que se pierda la capacidad de decidir, se puede nombrar o excluir a una o más personas como tutores; es decir, la persona mayor lo decidirá todo, tanto en el ámbito personal como patrimonial.

Es recomendable nombrar a sustitutos por si la persona que nombra en primer lugar después no puede asumir la tutela por cualquier motivo.

En este documento, también puede hacer disposiciones respecto al funcionamiento y el contenido del régimen de protección que pueda ser el adecuado, especialmente en cuanto al cuidado de su persona.

Este documento se otorga ante notario.

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA)

Es el documento dirigido al equipo sanitario, en el que la persona expresa las instrucciones que deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad.

Tan solo es para temas de salud y tratamientos médicos.

En este documento, la persona designa a un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

El DVA debe formalizarse mediante uno de los siguientes procedimientos:

- Ante notario; en este supuesto, no es necesaria la presencia de testigos; el notario gestiona directamente su inscripción en el Registro.
- Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante; en este caso, hay que llevarlo a registrar personalmente en el Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Habitualmente los CAP (Centros de Atención Primaria de Salud) disponen de un modelo de DVA para facilitar su contenido y gestión.

## **PODER EN PREVISIÓN DE PÉRDIDA SOBREVENIDA DE CAPACIDAD (PODER PREVENTIVO)**

Con este documento se faculta a otra u otras personas para hacer todo tipo de actuaciones o gestiones en nombre de la persona que hace el poder, para que cuide de sus intereses.

En el caso de facultar a dos o más personas, el poder puede ser solidario, es decir, cada apoderado puede actuar de forma independiente, o puede ser asociado, y en este caso para cualquier acto o acción debe llevar la firma de todas las personas que haya determinado el otorgante del poder preventivo.

Este poder puede ser general, para hacer absolutamente de todo, o puede ser específico, para realizar actuaciones concretas.

El otorgante del poder puede ordenar que el poder produzca efectos desde el otorgamiento, o bien establecer las circunstancias que deben determinar el inicio de la eficacia del poder.

La persona que da el poder también puede fijar las medidas de control y las causas por las que se extingue el poder.

Es recomendable que, cuando se haga el documento, los poderes se den a personas de mucha confianza.

Mientras se mantiene la capacidad de decidir, este documento se puede revocar, es decir, dejarlo sin efectos.

Este documento se otorga ante notario.

## LA ASISTENCIA

Cuando se da una disminución no incapacitante de las facultades físicas o psíquicas, la persona que lo necesite para cuidar de sí misma o de sus bienes puede solicitar al juzgado el nombramiento de un asistente.

Es recomendable proponer a una persona o entidad concreta.

Es un soporte a la persona, reconocido por el juzgado, y por lo tanto supone una garantía de control y supervisión por parte del juez y el Ministerio Fiscal.

En la resolución judicial de nombramiento, la autoridad judicial determina el ámbito personal o patrimonial de la asistencia y los intereses a los que debe cuidar el asistente.

Cada año la persona asistida y su asistente deben presentar un escrito en el juzgado, para que este y el Ministerio Fiscal tengan conocimiento de cómo se desarrolla la asistencia, y aprueben la gestión anual.

Este documento se presenta en el juzgado, y se recomienda asesoramiento jurídico.

El asistente está obligado a poner en marcha los trámites necesarios para iniciar un procedimiento de incapacitación, en caso de pérdida de la capacidad de decidir de la persona asistida.

## PENSIÓN DE ALIMENTOS

Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el mantenimiento, la vivienda, el vestido y la asistencia médica de la persona. También se incluyen los gastos funerarios, si no están cubiertos de otro modo.

Tiene derecho a reclamar alimentos solo la persona que los necesita o, en su caso, su representante legal y la entidad pública o privada que la acoga.

Los cónyuges, los descendientes, los ascendientes y los hermanos están obligados a prestarse alimentos.

Si esta pensión no la satisfacen los familiares obligados, se debe reclamar judicialmente.

## CONTRATO DE ALIMENTOS

Con el contrato de alimentos, una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos.

## RELACIONES CONVIVENCIALES DE AYUDA MUTUA

Se constituye una relación de convivencia de ayuda mutua cuando dos personas o más conviven en una misma vivienda habitual y comparten, sin contraprestación y con voluntad de permanencia y de ayuda mutua, los gastos comunes o el trabajo doméstico, o ambas cosas.

Esta relación se rige por los acuerdos que hayan estipulado o, en su defecto, por lo establecido en el Código Civil de Cataluña.

Pueden constituir una relación convivencial de ayuda mutua las personas mayores de edad unidas por vínculos de parentesco en línea colateral sin límite de grado y las que tienen relaciones de simple amistad o compañerismo, siempre que no estén unidas por un vínculo matrimonial o formen una pareja estable con otra persona con la que convivan.

El número máximo de convivientes, si no son parientes, es de cuatro.

Las relaciones convivenciales de ayuda mutua pueden constituirse ante notario, a partir de lo cual tienen plena efectividad, o después de un período de dos años de convivencia.

Los convivientes pueden regular válidamente, con libertad de forma, las relaciones personales y patrimoniales, y los derechos y deberes durante la convivencia, siempre y cuando estos acuerdos no perjudiquen a terceras personas. En particular, podrá acordarse la contribución igual o desigual a los gastos comunes e, incluso, que el trabajo doméstico y la carga económica sean asumidos íntegramente por alguno de los convivientes.

## ACOGIDA DE PERSONAS MAYORES

Personas acogedoras y acogidas conviven en una misma vivienda habitual, sea la de las personas acogedoras o la de las acogidas, con el objeto de que los primeros cuiden de los segundos, les den alimentos, les presten asistencia, procuren su bienestar general y les atiendan en situaciones de enfermedad.

Personas acogedoras y acogidas deben prestarse ayuda mutua y compartir los gastos del hogar y el trabajo doméstico de la forma pactada, que debe responder a las posibilidades reales de cada parte.

La contraprestación se puede realizar mediante la cesión de bienes muebles, de bienes inmuebles o en dinero.

El domicilio donde tiene lugar la acogida debe tener condiciones de habitabilidad y de accesibilidad tanto infraestructurales como de servicios.

La acogida requiere que las personas acogedoras y las acogidas no tengan parentesco entre ellas hasta el segundo grado.

Las personas acogidas no pueden ser menores de sesenta y cinco años. La acogida debe constituirse ante notario.

## PREVISIONES PATRIMONIALES

Se trata de un recurso legal preventivo que permite evitar la dependencia económica o la falta de recursos líquidos (dinero).

Existen las siguientes opciones:

- **Contrato vitalicio.** Consiste en la venta de la nuda propiedad de la vivienda donde la persona reside a cambio de una pensión mensual hasta el fallecimiento de la persona. Puede vivirse siempre en el domicilio.
- **Venta con reserva del derecho de uso de usufructo.** La diferencia con el anterior radica en que en el momento de la venta se recibe toda la cantidad económica del precio de venta. También puede permanecer en el domicilio.
- **Hipoteca inversa.** Se formaliza una hipoteca sobre la vivienda y se percibe una cantidad mensual que está determinada por el valor del inmueble y la edad de la persona.

## TESTAMENTO

En este documento la persona manifiesta su voluntad respecto a qué personas quiere dejar sus bienes cuando se produzca su fallecimiento.

Hay que especificar qué persona o personas son herederas de sus bienes.

Se puede tratar de herederos universales, es decir, herederos de la totalidad de sus bienes, o pueden ser legatarios, es decir, herederos de una cosa concreta, como por ejemplo una cantidad de dinero o una vivienda en concreto.

El documento se otorga ante notario.

Se puede cambiar el contenido del testamento, por lo que el último testamento deja sin efecto todos los otorgados anteriormente.

El notario se encarga de inscribir el testamento en el Registro General de Actos de Última Voluntad.

La ley reconoce un derecho a ciertos parientes directos (descendientes, y a falta de estos los ascendientes), que se llama *legítima*, y supone el 25 % del total de la herencia entre todos los legitimarios.

Es posible desheredar a un heredero forzoso (legitimario), cuando haya un motivo reconocido por la ley. Por lo tanto, en caso de conflicto con algún legitimario, se recomienda consultar a un abogado.

La validez del testamento solo se produce a partir del fallecimiento.

Para saber si una persona ha otorgado testamento, es necesario solicitar un certificado de defunción en el Registro Civil, y con este, solicitar un certificado de últimas voluntades, en el que constará cuál es el último testamento hecho por la persona fallecida, y así se puede saber a qué notario hay que dirigirse para pedir una copia auténtica del testamento.

## DONACIÓN

En la donación se realiza la transmisión de bienes en vida.

La ley exige que el donante se reserve en plena propiedad o usufructo aquello que le sea necesario para vivir en un estado correspondiente a sus circunstancias.

La donación se realiza ante notario, y es necesario que comparezca la persona que debe recibir la donación para aceptarla.

Por lo que respecta a los *recursos de protección*, estos se pueden utilizar cuando la persona ha perdido la capacidad de decidir, y sirven para garantizar que la persona tenga cubiertos su cuidado personal, su gestión económica y/o patrimonial, y que nadie pueda abusar o maltratar a la persona presuntamente incapaz.

Estos instrumentos protectores son:

### **MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD (INCAPACITACIÓN)**

La incapacitación es una medida de protección, y no una limitación de derechos y libertades a las personas mayores.

Esta medida supone un control judicial, ya que el hecho de nombrar a un tutor, curador, defensor judicial o administrador patrimonial garantiza que hay que rendir cuentas al juez de todas las actuaciones tutelares.

La incapacitación judicial solo puede ser promovida por los familiares legitimados por la ley que son los ascendientes, descendientes, hermanos y pareja. En el supuesto de que no haya ningún familiar, lo puede hacer el Ministerio Fiscal.

Lo pueden comunicar al fiscal los profesionales que identifiquen alguna posible situación de incapacitación, así como cualquier persona que tenga conocimiento de un presunto incapaz.

En caso de que inicien la incapacitación los familiares legitimados, es necesaria la intervención de un abogado y procurador de los tribunales, y se constituye mediante un procedimiento judicial.

Es necesario aportar documentación, como la partida de nacimiento del presunto incapaz, un informe médico del estado cognitivo y los documentos que acrediten el parentesco de los parientes legitimados.

Las funciones básicas del tutor y las otras figuras tutelares son:

- a)** Atender personalmente al tutelado.
- b)** Administrar sus bienes.
- c)** Representar a la persona tutelada.

## MEDIDAS CAUTELARES

Constituyen un procedimiento judicial de urgencia para cuando existe un riesgo inminente para la situación personal y/o económica de la persona presuntamente incapaz.

Las puede solicitar cualquier persona, ante el juzgado o el Ministerio Fiscal, y no es necesario contar con abogado, aunque es recomendable tener asesoramiento jurídico.

Es importante poder acompañar a la petición, aunque no es imprescindible, un informe médico que acredite la pérdida de capacidad de decidir, a los efectos de facilitar al juez y al médico forense la información que justifica el deterioro cognitivo de la persona sobre la que se pide la medida de protección.

En estas medidas cautelares, si el juzgado estima que deben concederse, se nombra a un defensor judicial en el ámbito personal o económico o en los dos, que es quien vela por la protección de la persona.

El juzgado también puede adoptar otras medidas de protección o control que estime convenientes en cada caso.

## GUARDA DE HECHO

Es guardadora de hecho la persona física o jurídica que cuida de una persona en la que se da una causa de incapacitación, si no está en potestad parental o tutela o, aunque lo esté, si los titulares de estas funciones no las ejercen.

En caso de guarda de hecho de una persona mayor de edad en la que se da una causa de incapacitación, si esta está en un establecimiento residencial, el titular del establecimiento residencial debe comunicarlo a la autoridad judicial o al Ministerio Fiscal en el plazo de setenta y dos horas desde el inicio de la guarda.

El guardador de hecho tiene que cuidar de la persona en guarda y debe actuar siempre en beneficio de la misma. Si asume su gestión patrimonial, debe limitarse a hacer actos de administración ordinaria.

## INGRESO INVOLUNTARIO

El internamiento en un establecimiento especializado de una persona por razón de trastornos psíquicos o enfermedades que puedan afectar la capacidad cognitiva requiere la autorización judicial previa si su situación no le permite decidir por sí misma, sea cual sea su edad.

No hace falta autorización judicial previa si se produce una causa de urgencia médica que requiera el internamiento sin dilación. Esta causa debe ser constatada por un facultativo y debe fundamentarse en un riesgo inmediato y grave para la salud del enfermo o para la integridad física o psíquica del enfermo o de otras personas.

El director del establecimiento donde se haga el internamiento debe comunicarlo a la autoridad judicial del lugar donde esté el establecimiento en el plazo de veinticuatro horas.

La autoridad judicial debe ratificar o dejar sin efecto el internamiento, de acuerdo con la legislación procesal, en el plazo de setenta y dos horas desde que recibe la comunicación.

La autoridad judicial, en la resolución en que ratifica el internamiento, debe hacer constar el plazo, que no podrá exceder de dos meses, en el que el director del establecimiento debe informar periódicamente sobre la situación de la persona internada, con el fin de revisar la necesidad de la medida. A petición del director del establecimiento, la autoridad judicial puede acordar, dada la situación de la persona internada, que los informes sucesivos se emitan en intervalos superiores, que no pueden exceder de seis meses.

En cuanto a los *recursos legales sancionadores*, estos se utilizan cuando hay un presunto delito o una falta sobre la persona mayor.

En principio pueden ser víctimas de cualquier tipo de delitos, aunque quizás algunos delitos se producen con mayor reiteración, como pueden ser estafas, apropiación indebida, vejaciones, coacciones, amenazas y abandono, entre otros.

Ante un presunto delito existe la obligación legal de comunicarlo al juzgado de guardia o al Ministerio Fiscal.

En el supuesto de que la víctima no quiera denunciar su situación de maltrato y tenga capacidad de decisión, los profesionales siguen teniendo la obligación

de hacer la comunicación al juez o la fiscalía, o a los cuerpos de seguridad.

Hay que destacar que el delito de violencia doméstica está regulado en el Código Penal, que cita las situaciones de maltrato físico y psicológico infligidos a: «La pareja, los ascendientes, o incapaces que conviven, a los sujetos a tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho o persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentren sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados».

Las medidas de protección más urgentes son las siguientes:

- La solicitud de *orden de protección de víctimas*. Tal y como dispone la ley, se podrá solicitar directamente ante la autoridad judicial o el ministerio fiscal, o bien ante las fuerzas y los cuerpos de seguridad, las oficinas de atención a la víctima, los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las administraciones públicas, o en los servicios de orientación jurídica de los colegios de abogados. Una vez recibida la solicitud, será remitida sin dilación al juzgado de guardia, que podrá requerir la policía judicial para que practique las diligencias que resulten necesarias para adoptar la orden de protección.

En función de la gravedad de la situación, se pueden pedir medidas cautelares o penas accesorias como:

- Prohibición de que el presunto agresor resida en un determinado lugar, barrio o zona.
- Prohibición de ir a ciertos lugares o asistir a determinados actos.
- Prohibición de aproximación o comunicación con la víctima.
- Solicitud de medidas cautelares en el juzgado. Siempre que el juez de guardia lo considere procedente, de acuerdo con la gravedad de los hechos y la necesidad de protección integral de la víctima, puede adoptar alguna de las medidas cautelares previstas legalmente (prisión provisional, prohibición de aproximación, prohibición de residencia, prohibición de comunicación, retirada de las armas o cualquier otra).

# Las actividades

## Actividad A

El objetivo es valorar y concretar cuáles son los recursos legales más adecuados para cada persona en función de su situación personal cuando se mantiene la capacidad de decidir, para intentar garantizar que se respete su voluntad, y estar protegida en caso de perder dicha capacidad.

La dinámica de la actividad es que cada miembro del grupo haga una lectura del caso para tener una visión general de la situación personal de cada protagonista.

Posteriormente se hacen grupos de entre cuatro y seis personas como máximo para que debatan, contesten las preguntas que se plantean después del caso y justifiquen sus respuestas.

Después del trabajo en varios grupos, estos se reagrupan y se debaten las consideraciones de cada grupo para sacar unas conclusiones consensuadas entre todos los asistentes, con el apoyo del docente coordinador.

### CASO

María y Laura son dos mujeres de 85 años que son amigas desde hace más de setenta años.

A pesar de tener una relación muy cercana, han seguido caminos diferentes en su vida. Entre otras cosas, María es soltera y no tiene hijos, vive sola, y como familiares más cercanos solo tiene un hermano cinco años menor que ella, que está casado y no tiene hijos. Por falta de estudios, ha tenido trabajos muy precarios, a veces sin contrato laboral. Actualmente cobra una pensión de jubilación de 580 € y dispone de un pequeño piso en propiedad.

Por su parte, Laura se casó y tiene tres hijos. Nunca ha realizado ninguna actividad laboral, y se dedicaba a las tareas del hogar y a atender a la familia. Actualmente, es viuda y cobra una pensión de viudedad de 910 €. También es propietaria de un piso, que es la vivienda familiar desde hace 54 años. Convive en esta vivienda con un hijo, que no tiene trabajo y no recibe ninguna prestación económica, y por lo tanto depende económicamente de su madre.

Debatid, contestad cada uno de los siguientes planteamientos y justificad vuestras respuestas:

1. ¿Hay que aconsejar a María y Laura que hagan algún documento preventivo?

En caso afirmativo, ¿cuáles son los documentos preventivos más adecuados para ellas?

2. Teniendo en cuenta la situación personal, familiar y económica de María y Laura, ¿creéis que cada una de ellas debe hacer documentos preventivos diferentes?
3. Considerando las situaciones de cada una de ellas, ¿los documentos preventivos pueden aminorar o evitar situaciones de malos tratos, o aunque les otorguen pueden sufrir malos tratos?
4. Si las dos tienen plena capacidad de decidir, ¿es viable utilizar alguno de los recursos protectores expuestos en los contenidos?
5. Si María o Laura ha perdido la capacidad de decidir, ¿consideráis adecuado utilizar algún mecanismo de protección de los mencionados en los contenidos? En caso afirmativo, indicad cuáles.
6. Laura vive con un hijo y este depende económicamente de ella. Indicad algunas situaciones, acciones o comportamientos que se pueden considerar malos tratos. Si habéis concretado alguna causa de maltrato, indicad qué acción se podría realizar.

---

⊙ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **1 hora y 30 minutos**

---

## RECURSOS Y MATERIALES

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pizarra con rotuladores, hojas en blanco y bolígrafos.

## Actividad B

El objetivo es valorar y concretar cuáles son los recursos legales más adecuados para la persona en función de su situación personal cuando pierde la capacidad de decidir, para intentar garantizar que se respete su voluntad y que esté protegida.

La dinámica de la actividad es que cada miembro del grupo haga una lectura del caso para tener una visión general de la situación personal del protagonista.

Posteriormente se hacen grupos de entre cuatro y seis personas como máximo para que debatan, contesten las cuestiones que se plantean después del caso y justifiquen las respuestas.

Después del trabajo en varios grupos, estos se reagrupan y debaten las consideraciones de cada grupo para sacar unas conclusiones consensuadas entre todos los asistentes, con el apoyo del docente coordinador.

### CASO

Desde hace varios años, Alberto, de 78 años, presenta un deterioro cognitivo que actualmente le impide tomar decisiones en el ámbito personal y económico.

Es viudo, vive solo y tiene dos hijos que viven independientes. Con uno de estos hijos hace más diez años que no mantiene ningún tipo de relación.

Hay una persona que un par de días a la semana le ayuda en las tareas del hogar.

Los servicios sociales de su municipio le llevan comidas a domicilio cuatro días por semana.

Su estado de salud y su higiene personal y de la vivienda son cada día más precarios.

La entidad bancaria de Alberto ha detectado que hace unos meses acude a la oficina bancaria acompañado de una persona que desconocen quién es, y que cada vez saca cantidades más elevadas de dinero.

Debatid, contestad cada uno de los siguientes planteamientos y justificad vuestras respuestas:

1. ¿Hay que tomar alguna medida de protección? En caso afirmativo, ¿cuál o cuáles habría que usar?
2. ¿Consideráis maltrato que un hijo no tenga ninguna relación con su padre?
3. Teniendo en cuenta que Alberto presenta un deterioro cognitivo, ¿puede otorgar algún documento preventivo? En caso afirmativo, ¿cuál?
4. En este caso concreto, ¿qué persona o personas pueden utilizar una medida de protección? Concretad qué medidas puede usar cada uno.
5. Teniendo en cuenta que Alberto presenta un deterioro cognitivo importante, el hecho de que una persona desconocida acuda con él a la entidad bancaria a sacar importantes cantidades de dinero, ¿se puede considerar maltrato? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?
6. ¿Hay que iniciar alguna acción sancionadora? En caso afirmativo, ¿cuál y cómo?



DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **1 hora y 30 minutos**

---

## RECURSOS Y MATERIALES

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pizarra con rotuladores, hojas en blanco y bolígrafos.

---

## Taller 3

# PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS

## Presentación

Los malos tratos hacia las personas mayores son un fenómeno complejo y relativamente poco estudiado. Nos falta todavía mucho que aprender con relación a los motivos por los que se producen, los factores que contribuyen a que se mantengan, las claves para identificarlos y las estrategias que pueden ayudar a detenerlos de forma efectiva. Ello se debe, por lo menos parcialmente, a la falta de reconocimiento social y de atención por parte de la literatura científica que esta problemática ha recibido, pero también a que, en muchas ocasiones, las personas mayores tienen dificultades para reconocer que están siendo maltratadas y denunciar su situación ante terceras personas, especialmente cuando el perpetrador es un familiar. El camino que nos queda por recorrer, pues, es largo, y el bosque que nos dificulta el paso y la vista, frondoso. Sin embargo, esto no nos debe desanimar para emprender el viaje, dado que las consecuencias de los malos tratos pueden ser devastadoras para las personas que los padecen. Debemos animarnos a apartar ramas y hojas para evitar que estas situaciones se sigan produciendo.

Por ello, en este capítulo se hablará de la prevención de los malos tratos. Como se verá, la prevención se plantea en tres niveles: la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria. Si bien todos ellos persiguen el objetivo de evitar situaciones de maltrato, cada nivel de prevención se diferencia del resto en sus objetivos, las características del contexto y las situaciones sobre las que se debe trabajar, y los recursos y la información que pueden ser más útiles a tener en cuenta.

## Los objetivos

A continuación se presentan los objetivos de este capítulo:

- Conocer los diferentes niveles desde los que se pueden prevenir los malos tratos hacia las personas mayores.
  - Entender qué es la prevención primaria y sus objetivos.
  - Entender qué es la prevención secundaria y sus objetivos.
  - Entender qué es la prevención terciaria y sus objetivos.
- Conocer algunos aspectos que son centrales a la hora de diseñar intervenciones para actuar respecto a los malos tratos hacia las personas mayores desde la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria.
- Conocer algunas estrategias que se ha llevado a cabo, así como los recursos con que se cuenta, para actuar con los malos tratos hacia las personas mayores desde la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria.

## Contenidos

### Prevención primaria

#### ¿QUÉ ES?

De las diferentes formas de prevención, la prevención primaria es, sin duda, la más genuina de todas, puesto que pretende evitar que las situaciones de maltrato se lleguen a producir. Su propósito, pues, no es otro que el de actuar antes de que una persona se convierta en la víctima de cualquier forma de maltrato.

#### ASPECTOS CENTRALES A TENER EN CUENTA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA: LOS FACTORES DE RIESGO

Partiendo de la base de que cualquier persona, tenga la edad que tenga, puede acabar siendo maltratada, de cara a poder diseñar intervenciones eficaces en el marco de la prevención primaria, es conveniente preguntarse qué variables

pueden predisponer o conducir a una persona mayor a convertirse en una persona mayor y maltratada. Tal y como decía Bacon, el conocimiento es poder, y tener una idea afinada de cuáles son los principales factores de riesgo para el maltrato en la vejez es clave en este sentido, dado que cualquier intervención dirigida a evitar la aparición de estos factores de riesgo debería contribuir también a prevenir situaciones de maltrato.

Por lo general, los factores de riesgo que pueden conducir a una situación de malos tratos en personas mayores suelen dividirse en tres grandes bloques, que guardan relación con las características del perpetrador, las características de la persona maltratada y aspectos contextuales.

Empezando por las características del perpetrador, algunas investigaciones plantean que los malos tratos se producirían principalmente en el ámbito familiar, y que los hijos podrían tener una probabilidad más elevada de convertirse en perpetradores, en comparación con otros agentes, como podrían ser la pareja o los amigos de la persona maltratada, o los profesionales de la salud encargados de atenderla (Naughton *et al.*, 2012). No tener trabajo, contar con menos recursos económicos, depender económicamente de la víctima, sufrir alguna psicopatología como la depresión o trastornos de personalidad, estar aislado socialmente, abusar de sustancias tóxicas, haber sido víctima de abusos en el pasado, también podrían constituir factores de riesgo (Diputación de Barcelona, 2012; Naughton *et al.*, 2012; Quinn y Tomita, 1997). En el caso de los cuidadores informales (generalmente, familiares) de personas mayores en situación de dependencia, la falta de conocimientos y formación sobre el cuidado de personas mayores, el hecho de recibir poco apoyo formal o informal, o los elevados niveles de sobrecarga y estrés también podrían ser considerados factores de riesgo (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Nuevo, 2008; Schiamberg y Gans, 2000). Finalmente, hay que destacar que algunos estudios vinculan las actitudes del perpetrador hacia la vejez con el maltrato; es decir, aquellos que tienen actitudes más negativas serían los más proclives a terminar maltratando a una persona mayor (Yan y Tang, 2003). El edadismo o concepción negativa del envejecimiento, pues, podría deshumanizar a las personas mayores e incrementar su susceptibilidad al maltrato. En el caso de las personas mayores institucionalizadas, puede darse la situación de que los cuidadores formales (es decir, los profesionales encargados de atender las necesidades de las personas del centro) se conviertan también en maltratadores. Entre los cuidadores formales, algunos autores identifican a aquellas personas con menor

nivel de estudios, con menos formación específica en el campo de la gerontología, que han acabado trabajando con personas mayores de manera fortuita, que trabajan menos horas, que se sienten menos satisfechos laboralmente o más desmotivados, con niveles más elevados de burnout (también llamado síndrome del quemado), y con menos recursos sociales (Lindbloom, Brandt, Hough y Meadows, 2007; Junta de Castilla y León, 2008; Wang, Lin, Tseng y Chang, 2009).

Siguiendo con las características de la persona mayor maltratada, el hecho de ser mujer, de edad avanzada, tener un bajo nivel de ingresos, contar con una salud física y/o psicológica pobre, depender de terceros en los ámbitos físico, psíquico, emocional y/o económico, sufrir un cierto grado de deterioro cognitivo o una demencia (especialmente si cursa con alteraciones del comportamiento), tener determinados rasgos de personalidad, haber sido víctima de malos tratos en el pasado, y la soledad también podrían considerarse factores de riesgo (Acierno *et al.*, 2010; Baker, 2007; Diputación de Barcelona, 2012; Biggs, Manthorpe, Tinker, Doyle y Erens, 2009; Henderson *et al.*, 2002; Naughton *et al.*, 2012; Pérez-Rojo *et al.*, 2008).

Por último, el tercer grupo de factores de riesgo relacionados con aspectos contextuales hay que decir que ha recibido menos atención por parte de la literatura científica que las características del perpetrador o de la persona maltratada. Sin embargo, algunas investigaciones proponen que el hecho de vivir en entornos rurales, convivir con otras personas (especialmente cuando existe una relación de dependencia entre ellas) o la calidad de la relación previa y/o actual entre perpetrador y víctima también podrían facilitar el maltrato a las personas mayores (Bigala y Ayiga, 2014; Diputación de Barcelona, 2012; Homero y Gilleard, 1990).

Hay que matizar, en relación con los factores de riesgo mencionados, que a menudo la investigación es contradictoria, y que hay autores que han puesto en duda la relación entre algunas de las variables presentadas y el maltrato a personas mayores.

## ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

En la publicación *Els maltractaments a les persones grans: Guia per a la detecció i per a l'acció*, de Tabueña y Muñoz (2013), estos autores proponen diferentes estrategias para intentar prevenir la aparición de malos tratos hacia personas mayores basándose en el conocimiento de los factores de riesgo que pueden conducir a este fenómeno. Estas estrategias deberían ser diseñadas

e implementadas, preferentemente, por profesionales con un buen grado de conocimiento sobre esta problemática, y guardan relación con la sensibilización de la sociedad, la formación de colectivos específicos, la coordinación de servicios y la generación de conocimiento.

Estrategias para sensibilizar a la sociedad:

- Dar a conocer los derechos de las personas mayores mediante tantas herramientas de divulgación como sea posible.
- Celebrar el día 15 de junio, Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez.
- Sensibilizar a la sociedad sobre el fenómeno de los malos tratos a las personas mayores mediante actos de carácter público como podrían ser jornadas, seminarios, talleres, conferencias y mesas redondas.
- Preparar y divulgar materiales didácticos (como por ejemplo el presente) donde se explique con claridad y precisión las diferentes formas de maltrato a las personas mayores, cómo se pueden prevenir, cómo se pueden identificar, y sus implicaciones.

Acciones formativas dirigidas a colectivos específicos:

- Incrementar la formación a profesionales que, por motivos laborales, pueden tener contacto con más facilidad con situaciones de maltrato a personas mayores (servicios sociales, servicios de salud, cuerpos de seguridad, servicios jurídicos, etc.).
- Ofrecer apoyo y asesorar a los cuidadores formales de personas mayores vulnerables o en situación de riesgo.
- Educar en valores como el respeto, la dignidad y la tolerancia hacia las personas mayores en centros educativos como escuelas y universidades.
- Incluir formación obligatoria sobre el maltrato a las personas mayores en los programas de prevención de todos los departamentos de la Generalitat de Catalunya.

Acciones centradas en la facilitación de la prevención de los malos tratos:

- Promover la coordinación entre todos aquellos sistemas que están o pueden estar implicados en las situaciones de maltrato a personas mayores, como podrían ser servicios sociales, salud, justicia, cuerpos policiales, educación, etc.

Acciones para conocer mejor el fenómeno de los malos tratos a las personas mayores:

- Incrementar la investigación científica sobre esta temática para poder conocer con mayor profundidad y poder diseñar, a partir del conocimiento generado, intervenciones más efectivas para prevenir situaciones de maltrato.
- Difundir los conocimientos generados entre la comunidad científica (por ejemplo, a través de revistas científicas o la participación en congresos), pero procurando que también sean accesibles al resto de la sociedad.

## Prevención secundaria

### ¿QUÉ ES?

Así como en el caso de la prevención primaria el objetivo era evitar la aparición de factores de riesgo, mediante la prevención secundaria se pretende detectar lo antes posible aquellos casos en los que la persona mayor o alguna persona de su entorno ya presentan un o más factores de riesgo, pero todavía no se han convertido en víctima y perpetrador, respectivamente. Se trata, en definitiva, de detectar situaciones que potencialmente pueden desembocar en malos tratos e intervenir en ellas para que este paso no se llegue a producir.

### ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

A continuación se presentarán algunas estrategias que pueden contribuir a eliminar o minimizar algunos de los factores de riesgo que se han revisado en el apartado anterior. Hay que decir, sin embargo, que este tipo de estrategias

son tan variadas como los propios factores de riesgo, y que los ejemplos que se presentarán a continuación no quieren constituir una revisión exhaustiva de todas las alternativas disponibles para cada uno de los factores de riesgo mencionados.

Un primer grupo de estrategias estaría formado por mecanismos legales que pretenden prevenir la aparición de malos tratos hacia las personas mayores, especialmente hacia aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad o que tienen un alto riesgo de acabar encontrándose en ella. Entre estos mecanismos, se incluye el testamento vital, la autotutela, el poder preventivo, la incapacitación y las previsiones patrimoniales, y no se definirán aquí porque ya han sido presentados anteriormente en esta guía.

Aparte de estas herramientas legales, también se dispone de programas de intervención de carácter público y privado que podrían incidir directamente sobre factores de riesgo para el maltrato de las personas mayores, aunque no necesariamente tienen por qué haber sido concebidos para este fin, o limitarse a ellos. A continuación, se expondrán dos a modo de ejemplo, y luego nos centraremos en un factor de riesgo específico, del que hablaremos con algo más de detalle, explicando en qué consiste y viendo ejemplos de intervenciones específicas para minimizar su impacto.

- Intervenciones en el abuso de sustancias tóxicas: el consumo de sustancias tóxicas, ya sean legales o ilegales, también puede facilitar que una persona se convierta en perpetrador de malos tratos. Actualmente se cuenta con numerosos tratamientos y programas terapéuticos para intervenir en estas situaciones, algunos de los cuales son totalmente gratuitos. Para más información:

<http://www.narcoticosanonimos.es/>

<http://www.alcoholicos-anonimos.org>

- Recursos para cuidadores informales de personas con demencia: los familiares que cuidan de personas con demencias pueden experimentar numerosas consecuencias negativas a nivel físico, psicológico, social, laboral, etc. En este contexto, no es muy extraño que puedan aparecer algunos factores de riesgo para el maltrato de personas mayores. Así pues, algunos cuidadores pueden experimentar elevados niveles de sobrecarga subjetiva, es decir, un conjunto de sentimientos y percepciones negativas en relación con el rol de cuidador, o verse obligados a renunciar a su trabajo o

a algunos vínculos sociales para poder dedicarse más plenamente a cuidar de su familiar. Algunos recursos de los que pueden hacer uso estos cuidadores para intentar mejorar su situación podrían ser programas educativos, grupos de ayuda mutua, psicoterapia individual, servicios de respiro, centros de día, residencias, etc. Para más información, puede consultarse el libro *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar»* (Crespo y López, 2007), que puede consultarse en línea y de forma gratuita:

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyo-cuidadores.pdf>

## LA SOLEDAD, UNA MALA COMPAÑÍA: PROFUNDIZANDO EN UNO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

En esta sección profundizaremos en uno de los factores de riesgo que pueden facilitar la aparición de situaciones de maltrato hacia las personas mayores: la soledad. El hecho de estar, o de sentirse, solo puede facilitar que una persona mayor se acabe convirtiendo en la víctima de alguna forma de maltrato, o que tenga mayores dificultades para afrontarla. Pensemos, por ejemplo, en el caso de dos personas mayores. Una de ellas tiene una familia muy extensa, con la que mantiene contacto habitualmente porque viven en la misma ciudad, mientras que la otra únicamente tiene a un familiar vivo, un sobrino que ve con muy poca frecuencia, ya que, por motivos laborales, ha tenido que emigrar a otro país. En caso de que un vecino intentara aprovecharse económicamente de estas dos personas mayores, *a priori* podríamos pensar que la segunda tendría más números de acabar siendo víctima de un maltrato económico, mientras que tal vez en el primero de los casos sería más fácil que esta situación no se acabara produciendo. Para poder profundizar en este factor de riesgo en concreto, a continuación se hablará con algo más de detenimiento de la soledad, y se pondrán algunos ejemplos de intervenciones que se han llevado a cabo para minimizar su impacto entre la gente mayor.

El concepto de soledad no es unitario, sino que tiene dos dimensiones. Posiblemente, cuando pensamos en la soledad, una de las primeras imágenes que nos puede venir a la mente es la de una persona que no tiene a nadie a su alrededor, con una red social más bien pobre o inexistente, que no se relaciona prácticamente con nadie o que lo hace con una frecuencia mínima. Esta sería una cara de la soledad, la soledad objetiva, que en la literatura se conoce como *aislamiento social*. El aislamiento social se define como el grado de integración de la persona con los individuos y los grupos de

su ambiente social, evaluada a partir de indicadores como el número, la diversidad o la frecuencia de contactos sociales en una determinada unidad de tiempo. Pero hay otro tipo de soledad, la soledad subjetiva, que es un sentimiento subjetivo y negativo que se produce cuando una persona valora la calidad y/o cantidad de relaciones sociales que mantiene con otras personas (a un nivel más o menos íntimo) como insuficiente. Una persona, pues, puede estar aislada pero no sentirse sola, estar aislada y sentirse sola, relacionarse con mucha gente pero sentirse sola, o relacionarse con mucha gente y no sentirse sola (Wenger y Burholt, 2004).

A medida que las personas envejecen, pueden ir viviendo determinadas situaciones normativas que pueden disminuir la cantidad de miembros de su red social, como la emancipación de los hijos, la jubilación, la muerte de la pareja, la muerte de amigos, etc., lo que incrementa el riesgo de aislamiento social. En España, se calcula que aproximadamente una quinta parte de las personas mayores viven solas (IMSERSO, 2012). Como ya se ha comentado, vivir solo no es condición *sine qua non* para experimentar sentimientos subjetivos de soledad, pero a menudo soledad objetiva y subjetiva van unidas.

En cuanto al impacto de la soledad, aparte de ser un factor de riesgo para el maltrato en la vejez, hay estudios que proponen que aquellas personas que experimentan mayores niveles de soledad objetiva y/o subjetiva suelen tener un peor bienestar psicológico y físico.

La preocupación por las consecuencias que puede acabar teniendo el hecho de estar o sentirse solo ha contribuido a que investigadores, profesionales y entidades de diferente índole hayan diseñado intervenciones para intentar combatir la soledad y prevenir así los efectos perniciosos. A continuación se presentarán algunos ejemplos de estas intervenciones.

En primer lugar, podemos encontrar un conjunto de intervenciones que no requieren contacto personal con la persona mayor en riesgo de aislamiento, y que se suelen basar en el uso de las nuevas tecnologías. Entre ellos se pueden catalogar las líneas telefónicas de apoyo, que suelen consistir en la realización de llamadas telefónicas con cierta periodicidad por parte de una persona entrenada para atender a personas mayores en situación de aislamiento social. En nuestro entorno, por ejemplo, se ha puesto en marcha iniciativas como El Teléfono Dorado. Este programa está coordinado por Mensajeros de la Paz, una asociación no gubernamental creada en 1962. El Teléfono Dorado se impulsa con la intención de contar con una herramienta para aquellas personas mayores que se sienten solas se pu-

edan poner en contacto con una centralita atendida por voluntarios siempre que lo consideren oportuno. En este caso, pues, la persona mayor no espera a recibir la llamada, sino que es ella la que se pone en contacto con el servicio siempre que lo necesita. Generalmente, los voluntarios dedican un mínimo de dos horas semanales a esta tarea, y deben realizar un curso de formación para asegurar la calidad del servicio. La llamada es gratuita (900 222 223), el servicio cubre todo el territorio español, y cualquier persona mayor puede beneficiarse de este servicio, independientemente de su situación personal, familiar o social.

Aparte de este conjunto de intervenciones a distancia, también se han diseñado programas basados en el contacto personal y directo con la persona mayor en situación de aislamiento social.

El *gatekeeper programme* (Florio *et al.*, 1996) es una intervención basada en la identificación proactiva de casos de personas mayores en situación de aislamiento social que viven en la comunidad. Esta intervención fue diseñada por el Spokane Mental Health Centre (Washington) en 1978, aunque posteriormente ha sido aplicada en otros lugares de Estados Unidos y Canadá. Más concretamente, el *gatekeeper programme* pretende reclutar a personas de la comunidad que, por su trabajo, es probable que entren en contacto con personas mayores aisladas (como, por ejemplo, trabajadores de servicios públicos, farmacéuticos, carteros, policías, banqueros, etc.) y formarlas para que las puedan identificar. La formación se suele realizar en el puesto de trabajo de la persona reclutada en sesiones de una duración media de una hora, y aborda los indicadores o síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que pueden sugerir que una persona tiene un elevado riesgo de no poder continuar viviendo en la comunidad por sí misma. Cuando se identifica a una persona que a priori reúne estas características, se activa un protocolo para realizar una evaluación psicosocial y médica y decidir si es candidata a beneficiarse de este programa. Según Findlay (2003), este programa es especialmente útil porque forma y moviliza a informadores con el fin de que actúen en beneficio de personas mayores vulnerables, es fácil de adaptar a cualquier comunidad, crea nuevos lazos entre agencias y tiene una relación costes-beneficios positiva.

Otro grupo de intervenciones dirigidas a reducir la soledad objetiva y subjetiva entre las personas mayores lo constituyen los programas de acompañamiento, como los llevados a cabo por organizaciones del tercer sector como Amics de la Gent Gran ([www.amicsdelagentgran.org](http://www.amicsdelagentgran.org)), fundada en Barcelona en 1987. Esta organización persigue el objetivo de intervenir para reducir la soledad y el aislamiento

social de las personas mayores mediante la colaboración de voluntarios de todas las edades y la realización de actividades para sensibilizar a la sociedad sobre la realidad de las personas mayores. En su caso, por ejemplo, se plantean dos formas principales de acompañamiento. La primera de ellas es el acompañamiento a domicilio, que consiste en programar una visita periódica (generalmente de carácter semanal y de dos horas aproximadamente de duración) por parte de un voluntario a una persona mayor en su domicilio para ofrecerle apoyo emocional y establecer un vínculo de confianza. La otra forma es el acompañamiento en la enfermedad, que se diferencia del acompañamiento a domicilio en el hecho de que la persona mayor sufre una enfermedad terminal y tiene una esperanza de vida limitada, por lo que a los objetivos anteriores se añade el de mitigar el impacto emocional que el diagnóstico y el progreso de la enfermedad generan en la persona afectada y su entorno familiar. Los beneficiarios de alguna de estas dos formas de acompañamiento, además, pueden optar a recibir acompañamientos esporádicos (en los que un voluntario acompaña de forma puntual a la persona para realizar alguna gestión fuera de su domicilio), o participar en actividades como tertulias a domicilio y excursiones, o la celebración de festividades señaladas como el día de Sant Jordi, la verbena de San Juan o la Navidad. Además de todas estas actividades, Amics de la Gent Gran también organiza campañas de sensibilización sobre la situación de soledad y aislamiento social que viven algunas personas mayores, como la campaña «Rosas contra el olvido», en que se anima a todo el mundo a llevar una rosa a una persona mayor conocida el día de Sant Jordi.

Finalmente, hay que señalar que el uso de las nuevas tecnologías y el contacto personal no son incompatibles. En una investigación llevada a cabo por Kahlbaugh, Sperandio, Carlson y Hauselt (2011), por ejemplo, se comparó a un grupo de personas mayores que durante diez semanas habían recibido una visita semanal para jugar con una videoconsola (grupo experimental) con un grupo de personas mayores que también habían recibido la visita de una persona semanalmente pero para ver juntos la televisión (grupo control). Una vez finalizada la intervención, los niveles de soledad de los integrantes del grupo experimental eran más bajos que los del grupo control, y los primeros también mostraban una afectividad más positiva.

A pesar del amplio abanico de estrategias para reducir la soledad subjetiva y el aislamiento social de las personas mayores, debe matizarse que se dispone de pocos estudios rigurosos sobre sus efectos sobre el bienestar de sus beneficiarios, así como su capacidad real de prevenir los malos tratos.

# Prevención terciaria

## ¿QUÉ ES?

Dice el refranero que más vale prevenir que curar, pero desgraciadamente esto no siempre es posible. Cuando el maltrato ya se ha producido, la prioridad debe ser detener la situación lo antes posible. En estos casos, pues, nos puede ser de más utilidad la frase popular que invita a no dejar para mañana lo que se pueda hacer hoy, que en este caso nos sirve para advertir al lector que cuando se sospecha de una situación de maltrato, o se confirma, actuar con celeridad puede ayudar a revertirla y a minimizar sus consecuencias, o evitar que se intensifique y vaya a más. Este es, precisamente, el objetivo de la prevención terciaria: detectar aquellas situaciones en las que la persona mayor ya está siendo víctima de una o más formas de maltrato y detenerlas para evitar las consecuencias actuales y su agravamiento.

Si bien en el caso de la prevención primaria y secundaria conocer los factores de riesgo era fundamental, en la prevención terciaria podría ser de mayor interés conocer qué aspectos pueden sugerir que una persona está siendo víctima de, o está perpetrando, alguna forma de maltrato, es decir, los indicadores de esta problemática.

## ASPECTOS CENTRALES A TENER EN CUENTA EN LA PREVENCIÓN TERCIARIA: LAS SEÑALES DE ALERTA

Como es de sentido común, un primer indicador de posibles malos tratos es el testimonio de la propia persona mayor, que se puede recoger con herramientas como la entrevista, a la que hay que prestar atención incluso en el caso de que sufra alguna enfermedad que pueda poner en entredicho su veracidad. Sin embargo, aparte de la valoración subjetiva de la propia persona mayor, también es de utilidad considerar otros indicadores, o señales de alerta, de carácter más objetivo, de los que ya se ha hablado anteriormente en esta guía.

## ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

Aparte de conocer las principales señales de alerta que puedan estar indicando que una persona mayor está siendo maltratada, los profesionales que tienen contacto con personas mayores también cuentan con instrumentos estanda-

rizados que pueden servir para evaluar de forma sistemática sus condiciones de vida, y para ver si existe alguna posibilidad de que entre estas se incluya alguna forma de maltrato. A continuación se presentan algunos datos básicos de cinco de estos instrumentos:

- *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*: el EASI es un instrumento que fue desarrollado por Yaffé, Wolfson, Lithwick y Weiss (2008) y adaptado al castellano por el IMSERSO (2007). Está pensado para ser aplicado a personas mayores sin deterioro cognitivo en el campo de la atención primaria, principalmente por parte de un médico. Consta de un total de cinco preguntas que permiten al profesional explorar si la persona puede haber sido, o no, expuesta a alguna conducta susceptible de constituir maltrato, ante las que la persona entrevistada debe responder afirmativa o negativamente. Un ejemplo de pregunta podría ser «En los últimos 12 meses/En el último año ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?». En el caso de una respuesta afirmativa a cualquiera de los ítems, el profesional debe plantear una serie de preguntas adicionales. Finalmente, el cuestionario incluye algunas preguntas que deben ser contestadas por el profesional una vez finalizada la evaluación.
- *Elder Abuse Instrument (EAI)*: es un instrumento de evaluación de malos tratos a las personas mayores en entornos clínicos creado por Fulmer, Street y Carr (1984). En total, está integrado por 41 ítems divididos en una sección inicial de valoración general de la persona y cinco secciones más que permiten evaluar señales de alerta, síntomas y quejas subjetivas sobre diferentes tipos de malos tratos. Un ejemplo de ítem podría ser «Internaciones repetidas por falta probable de seguimiento de atención médica». Excepto en el caso de los ítems de la primera sección, la tarea del profesional consiste en valorar el grado de evidencia a favor de la presencia de cada señal de alerta, síntoma o queja subjetiva, debiendo escoger entre cinco opciones de respuesta («sin evidencia», «evidencia posible», «evidencia probable», «evidencia clara» y «no evaluable»). La escala no tiene ningún punto de corte, pero se aconseja derivar el caso a servicios sociales cuando haya evidencia de malos tratos sin explicación clínica suficiente, la persona mayor presente quejas subjetivas de maltrato, o se crea que existe un alto riesgo o probabilidad de abuso, negligencia, explotación o abandono.

- *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*: esta escala fue diseñada por Neale, Hwalek, Scott y Stahl (1991), y puede ser auto-administrada. Es un instrumento breve formado por 15 ítems ante los que la persona tiene que emitir una respuesta positiva o negativa. Un ejemplo de ítem sería «¿Alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño?». Los autores propusieron que una puntuación total en la prueba de tres puntos o más podía ser indicativa de que se están produciendo malos tratos, aunque para ello no se basaron en criterios estadísticos. De hecho, se considera que este instrumento se encuentra todavía en fase de desarrollo, y hay que administrarlo e interpretarlo con cautela.
- *Caregiver Abuse Screen (CASE)*: es un instrumento desarrollado por Reis y Nahmiash (1995) y adaptado al castellano por Pérez-Rojo, Nuevo, Sancho y Penhale (2015). Su objetivo es identificar posibles casos de maltrato por parte de un cuidador a una persona mayor. Consta de un total de ocho preguntas sobre la forma en que el cuidador se siente o actúa respecto a la persona cuidada, ante las que debe dar una respuesta afirmativa o negativa. Un ejemplo de pregunta sería «¿Siente a menudo que le tiene que gritar a (nombre de la persona cuidada)?». A partir de una respuesta positiva, hay que considerar que existe posibilidad de maltrato, y cuantas más respuestas positivas se producen, mayor es la probabilidad de que se esté produciendo un abuso.
- *Indicators of Abuse (IOA) Screen*: esta escala fue creada por Reis y Nahmiash (1998). De nuevo, pretende identificar situaciones de posible maltrato a una persona mayor por parte de su cuidador. Consta de un total de 27 ítems, 15 de los cuales se refieren a la persona mayor, y 12 tienen que ver con la persona que cuida. Los ítems tienen relación con factores de riesgo e indicadores de maltrato, y la tarea del evaluador consiste en valorar la severidad mediante una escala Likert de 5 puntos que oscila entre «no existente» (equivalente a una puntuación de 0) y «severo» (equivalente a una puntuación de 4). Un ejemplo de ítem con relación a la persona cuidada sería «Ha sido víctima de abusos en el pasado». Los creadores de la escala situaron en 16 la puntuación total a partir de la cual se puede considerar que una persona puede estar siendo víctima de malos tratos.

## Las actividades

### ACTIVIDAD A

#### Prevenir los malos tratos en la comunidad mediante programas intergeneracionales

Los programas intergeneracionales son intervenciones que pretenden incrementar la cooperación, la interacción y el intercambio de personas de diferentes generaciones. El contacto intergeneracional, pues, no es el fin, sino el medio, y este tipo de intervenciones no buscan simplemente reunir en el mismo espacio a ancianos y personas jóvenes, sino que todas las partes implicadas compartan experiencias, conocimientos y recursos, y establezcan vínculos bidireccionales que sean beneficiosos para ellas y para la sociedad (Sánchez y Díaz, 2005).

En la página web <http://extension.psu.edu/youth/intergenerational>, creada por la Penn State University, hay más información sobre qué YouTube son los programas intergeneracionales, así como algunos ejemplos de este tipo de intervención.

Mediante esta actividad, se pretende que el alumnado entienda qué es un programa intergeneracional y que diseñe uno, tal y como debería hacerlo si hubiera recibido el encargo de algún organismo para implementar una intervención de este tipo.

En primer lugar, el docente coordinador deberá dividir el alumnado en grupos de trabajo de entre 3 y 6 participantes. Las actividades a realizar por cada grupo serán las mismas, por lo que no hay un número óptimo de grupos.

Esta actividad está dividida en dos partes. En la primera parte, el alumnado deberá redactar el proyecto del programa, centrándose en unos apartados que se detallarán a continuación, y en la segunda parte deberá poner en común el trabajo realizado.

#### ACTIVIDAD A.1

Vuestra tarea consistirá en diseñar un programa intergeneracional donde se trabaje con un grupo de adolescentes y un grupo de personas mayores. Esta acción deberá incluir algún tipo de contacto estructurado entre las personas de los dos grupos de edad dirigido a la consecución de una serie de objetivos que supongan una contribución positiva para todas las partes. Como mínimo uno de estos objetivos debería tener relación con la prevención de situaciones de

maltrato hacia las personas mayores. Debéis redactar el proyecto de la intervención, que tendrá que incluir los siguientes apartados:

- Título de la acción.
- Criterios de inclusión y exclusión de ambos grupos (características que debe reunir el alumnado para participar en la actividad, y características que no debe reunir para poder participar en la actividad).
- Descripción de la actividad (explicar detalladamente en qué consiste, y la aportación de cada generación).
- Objetivos generales y específicos (explicar qué beneficios se espera obtener en cada uno de los dos grupos).
- Metodología (explicar cómo se llevará a cabo la actividad, paso a paso, especificando el número de sesiones y los objetivos y las actividades a realizar en cada una de ellas).
- Temporalización (detallar la duración de las sesiones y la periodicidad con que se llevarán a cabo, así como una fecha hipotética de inicio y fin de la actividad).
- Evaluación de los resultados obtenidos (instrumentos para evaluar en qué medida se ha alcanzado cada uno de los objetivos específicos del proyecto, ya sean de creación propia o estandarizados, y estrategia para evaluar los resultados).
- Recursos necesarios (personales y materiales).
- Presupuesto (a partir de los recursos necesarios, aproximado).

Una vez redactado el proyecto, hay que responder a las siguientes preguntas:

- ¿Sobre qué forma o formas de maltrato pretende incidir vuestro proyecto?
- ¿De qué manera creéis que el proyecto puede ayudar a prevenir la aparición de este tipo de malos tratos?
- ¿En qué nivel de prevención quedaría incluido vuestro programa intergeneracional?

---

 DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **2 horas**

---

## ACTIVIDAD A.2

En la segunda parte de esta actividad una persona voluntaria, o todos los miembros del grupo, deberá exponer el proyecto ante el resto de los compañeros y responder a las tres preguntas anteriores. Lo criticarán de manera constructiva, centrándose en sus puntos fuertes, pero también en sus puntos débiles, haciendo propuestas de mejora.

---

☑ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **20 minutos por grupo**  
(15 minutos de presentación + 5 minutos de discusión).

---

## MATERIALES Y RECURSOS

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pantalla para proyectar, conexión a Internet, ordenador, proyector, pizarra con rotuladores de colores, hojas en blanco y bolígrafos.

## ACTIVIDAD B

### Prevenir los malos tratos en centros residenciales

Las residencias se definen como centros gerontológicos abiertos de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en los que conviven de forma temporal o permanente personas mayores dependientes en mayor o menor medida (Rodríguez, 1995). El objetivo general de este tipo de centros no es otro que el de contribuir a que las personas mayores en situación de dependencia mantengan o recuperen, en la medida de lo posible, su autonomía (IMSERSO, 2005a). La definición de Rodríguez (1995) pone de relieve que las residencias no pretenden aislar a la persona de su entorno, sino que, en calidad de centros abiertos, deberían fomentar el contacto entre los usuarios y las personas y los servicios de su comunidad. Además, subraya que los servicios a ofrecer no deberían ser exclusivamente de carácter sanitario, sino que deberían tener un carácter integral,

y considerar a la persona como un ser vivo con proyectos y objetivos, y no como una persona enferma que necesita ser atendida. Estos servicios, pues, deberían ser flexibles y adaptarse a las necesidades individuales de cada residente, y ser diseñados y ofrecidos por un conjunto interdisciplinar de profesionales debidamente formados.

En el mes de diciembre de 2013 se estimó que había en España un total de 5.243 residencias que ofrecían un total de 351.548 plazas, la mayoría de ellas de carácter privado (Envejecimiento en Red, 2014).

Mediante esta actividad, se pretende que el alumnado se familiarice con determinadas situaciones que, según algunos estudios, se podrían producir de forma habitual en algunos centros residenciales, y que podrían llegar a constituir situaciones de maltrato.

En primer lugar, el docente coordinador deberá dividir el alumnado en grupos de trabajo de entre 3 y 6 participantes. Las actividades a realizar por cada grupo serán las mismas, por lo que no hay un número óptimo de grupos.

Esta actividad está dividida en cuatro partes. En la primera parte se presentarán una serie de prácticas que se podrían producir de forma habitual en centros residenciales (Persson y Wästerfors, 2009), alrededor de las cuales tendrán que reflexionar de forma crítica. En segundo lugar, se expondrán algunos argumentos que los profesionales que participaron en el estudio citado ofrecieron para justificar estas prácticas y, de nuevo, deberán discutir sobre ellas. En la tercera parte, se hablará de la atención centrada en la persona (ACP) y el *Dementia Care Mapping* (DCM), y el alumnado deberá basarse en esta metodología observacional para diseñar una intervención para prevenir los malos tratos hacia las personas mayores desde el marco de la prevención terciaria. Finalmente, la última parte de la actividad consistirá en poner en común el trabajo realizado.

## ACTIVIDAD B.1

En un estudio llevado a cabo en Suecia, Persson y Wästerfors (2009) entrevistaron a 13 profesionales (con estudios de grado medio de auxiliar de enfermería o diplomados en enfermería) de siete residencias diferentes con relación a la manera de tratar a las personas mayores en su lugar de trabajo. De los 13 profesionales, todos menos uno eran mujeres, su edad oscilaba entre 22 y 57 años, y tenían entre 1 y 22 años de experiencia en centros residenciales.

En este estudio se detectaron una serie de prácticas que podrían no ser del todo adecuadas y que se producían a menudo, como las que se presentan a continuación:

- No dejar que el residente elija los días de la semana que se quiere duchar o la hora en que quiere hacerlo.
- No dejar que el residente elija a qué hora quiere hacer las diferentes comidas del día.
- No dejar que el residente elija cuándo quiere salir del centro.
- No dejar que el residente elija la hora de acostarse o levantarse.
- No dejar que el residente elija qué ropa quiere ponerse.
- No dejar que el residente haga todos los cambios que quiera en su habitación, aunque se le permita hacer algunos.
- No dejar que el residente se cepille los dientes él mismo porque va demasiado lento, y hacerlo en su lugar.
- Ignorar a los residentes que reclaman la atención de los profesionales, que quieren hablar con ellos de algo.
- Ignorar las quejas de los residentes con relación a la calidad de la comida.
- Ignorar las quejas de los residentes cuando se les daña una pieza de ropa porque no se lava de la forma adecuada.

A partir de esta información, realizad las siguientes tareas:

Discutid de manera crítica sobre la gravedad de cada una de estas prácticas. Asignad a cada práctica una puntuación del 1 (muy grave) al 10 (nada grave) en función de su gravedad. Es importante que vuestras puntuaciones permitan discriminar entre aquellas prácticas que os parecen menos y más graves. Elegid la práctica que os parezca menos grave y la que os parezca más grave, y justificad vuestra respuesta.

¿Creéis que estas prácticas (o algunas de ellas) se podrían considerar malos tratos? En caso negativo, justificad vuestra respuesta. En caso afirmativo, justificad vuestra respuesta y pensad con qué tipo de maltrato podrían tener relación.

En la cuarta parte de esta actividad debéis poner vuestras respuestas en común con las de los demás compañeros.

---

⌚ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **30 minutos**

---

## ACTIVIDAD B.2

Siguiendo con el estudio de Persson y Wästerfors (2009), todos los profesionales explicaron que estaban convencidos de que las personas mayores que viven en centros residenciales deberían tener exactamente los mismos derechos que cualquier otra persona, y utilizaron tres tipos de argumentos para justificar estas acciones:

- **Cuestiones organizativas:** los profesionales se presentan como agentes con escaso poder de decisión dentro de la organización, y se ven obligados a seguir un horario y a atender a un número determinado de personas en un período de tiempo establecido por altos cargos del centro. Cumplir estos horarios es visto como una condición básica para el buen funcionamiento del centro. Además, en algunas ocasiones, las acciones anteriores se consideran una forma de garantizar el bienestar y la seguridad de los residentes, lo que, sin duda, es un objetivo primordial de este tipo de centros (en un caso, por ejemplo, el participante afirma que si no se estableciera una rutina con relación a las duchas y se aceptara un no por respuesta, habría residentes que no se ducharían nunca, y eso sería negativo para su salud).
- **Falta de recursos:** los profesionales también explican que el hecho de tener que trabajar con una cantidad de recursos limitados (tiempo, dinero, profesionales, etc.) también condiciona su modo de actuar. El estrés al que se ven sometidos los profesionales es visto como un elemento clave a la hora de no respetar los tiempos de los residentes y caer en prácticas como la de cepillarse los dientes en vez de dejar que lo hagan ellos mismos, ya que en caso de hacerlo no les sería posible hacer todo el resto de las tareas que tienen asignadas. De hecho, muchas veces referían que si dispusieran de más tiempo, si hubiera más profesionales contratados, etc., podrían evitar algunas de las prácticas mencionadas.

- **Trivialización de las quejas:** los profesionales justificaron el hecho de ignorar algunas quejas de los residentes razonando que consideraban que la mayoría de ellas hacían referencia a asuntos triviales y sobre los que no tenían margen de maniobra por culpa de la falta de recursos, principalmente tiempo, como ya se ha comentado. Además, algunos profesionales consideraron que estas quejas se producían no tanto por culpa de un problema real, sino como resultado de factores de personalidad. Algunos residentes, pues, eran representados como personas a las que les cuesta poco quejarse, que quieren llamar la atención o que son imposibles de satisfacer. Además, hacer caso de todas las quejas de los residentes fue visto, en algunas situaciones, como una manera de malacostumbrar a los mismos, asumiendo que no hacer caso de quejas sobre detalles insignificantes era una forma de educarlos y evitar su recurrencia en el futuro.

A partir de esta información, realizad las siguientes tareas:

- Analizad estos tres tipos de razonamientos de manera crítica y pensad hasta qué punto creéis que son una realidad en los centros residenciales de nuestro entorno y realmente pueden dar pie a algunas de las prácticas vistas a la actividad B.1. Justificad vuestra respuesta.
- A lo largo de este capítulo se ha hablado de los factores de riesgo que pueden facilitar que los cuidadores formales de centros residenciales acaben convirtiéndose en perpetradores de malos tratos. Considerad cuáles de estos factores de riesgo se pueden desencadenar debido a las cuestiones organizativas y la falta de recursos a que se refieren los profesionales del estudio de Persson y Wästerfors (2009). Justificad vuestra respuesta.
- Pensad en tres situaciones en las que las cuestiones organizativas, la falta de recursos y la trivialización de las quejas de los residentes podrían desembocar en una situación de maltrato. Describidlas de manera cuidadosa y especificad el tipo de maltrato que se estaría produciendo. Pensad, en cada caso, en dos acciones que hubieran podido ayudar a prevenir esta situación.
- En la cuarta parte de esta actividad debéis poner vuestras respuestas en común con las de los demás compañeros.

---

 DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **30 minutos**

---

### ACTIVIDAD B.3

La atención centrada en la persona (ACP) es un modelo de atención que parte del rechazo de la concepción de las personas con demencia como seres enfermos y homogéneos cuyo trato debe basarse exclusivamente en el hecho de que presentan una patología que genera una dificultad cada vez mayor de satisfacer sus propias necesidades biológicas (Kitwood, 2003). En vez de eso, este autor defiende que las personas con demencia son seres únicos y diferentes, y que tienen muchas más necesidades aparte de las biológicas que también hay que ayudar a satisfacer si lo que queremos es tratarlas de la mejor manera posible. La ACP, pues, pretende fomentar el buen trato hacia las personas mayores y contribuir de forma positiva a su calidad de vida mediante un trato desde la profesionalidad, que respete los rasgos distintivos de los individuos, respete su dignidad y apoye a sus proyectos vitales.

Las ideas de Kitwood propiciaron el desarrollo del *Dementia Care Mapping* (DCM), una herramienta que se vale de la observación para poder identificar aquellas acciones que pueden perjudicar y debilitar a la persona o, por el contrario, contribuir a su bienestar. Las primeras se denominan *acciones detractoras de la persona*, mientras que las segundas se llaman *acciones potenciadoras de la persona* (Brooker y Surr, 2005). En total, estos autores identificaron 17 acciones detractoras, cada una de las cuales se correspondería con una acción de efecto diametralmente opuesto, es decir, con una acción potenciadora. A continuación se presentan las 17 acciones detractoras y potenciadoras, acompañadas de sus definiciones, que se han traducido del documento «Análisis observacional como herramienta de la mejora de la calidad de vida en las personas con demencia» (Fundación Ingema, 2013), intentando respetar al máximo la versión original.

| ACCIONES DETRACTORAS  | ACCIONES POTENCIADORAS   |
|---|--|
| <b>Intimidación:</b> hacer que un participante se sienta asustado o temeroso utilizando amenazas verbales o la fuerza física. | <b>Calidez:</b> demostración de afecto, estima y preocupación por la otra persona. |
| <b>Evitar:</b> negarse a prestar atención cuando se reclama o a satisfacer una necesidad evidente de contacto.                | <b>Apoyar:</b> proporcionar seguridad y confort.                                   |

| ACCIONES DETRACTORAS  | ACCIONES POTENCIADORAS  |
|---|---|
| <p><b>Ritmo inadecuado:</b> proporcionar información y presentar las opciones a un ritmo demasiado rápido para que un participante lo entienda.</p> | <p><b>Ritmo adecuado:</b> reconocer la importancia de ayudar a crear un ambiente relajado.</p>  |
| <p><b>Infantilización:</b> tratar a un participante de forma paternalista, como si fuera un niño pequeño.</p>                                       | <p><b>Respetar:</b> tratar al participante como un miembro valioso de la sociedad y reconocer su experiencia y edad.</p>                          |
| <p><b>Etiquetar:</b> utilizar una etiqueta como principal modo de describir o relacionarse con un participante.</p>                                 | <p><b>Aceptar:</b> establecer una relación basada en una actitud de aceptación y visión positiva del otro.</p>                                    |
| <p><b>Desautorizar:</b> decir a un participante que es incompetente, inútil, sin ningún tipo de valor o incapaz.</p>                                | <p><b>Celebración:</b> reconocer, apoyar y disfrutar de las habilidades y los logros de un participante.</p>                                      |
| <p><b>Acusación:</b> culpar a un participante por cosas que ha hecho o que no ha podido hacer.</p>  | <p><b>Reconocimiento:</b> reconocer, aceptar y apoyar al participante como un ser único y valorarlo como individuo.</p>                           |
| <p><b>Manipulación:</b> utilizar artimañas o engaños para distraer o manipular a un participante para que haga o deje de hacer algo.</p>            | <p><b>Autenticidad:</b> ser sincero y abierto con el participante, siendo sensible para con sus necesidades y sus sentimientos.</p>               |
| <p><b>Invalidación:</b> no reconocer la realidad de un participante en una situación concreta.</p>  | <p><b>Validación:</b> reconocer y apoyar la realidad del participante. Es prioritaria la sensibilidad hacia los sentimientos y las emociones.</p> |
| <p><b>Desempoderamiento:</b> no permitir a los participantes utilizar las capacidades que conservan.</p>  | <p><b>Empoderar:</b> delegar el control y ayudar al participante a descubrir o emplear habilidades y aptitudes.</p>                               |
| <p><b>Imposición:</b> forzar a los participantes a hacer algo, pasando por alto sus deseos y anhelos, o negándoles la elección.</p>                 | <p><b>Facilitación:</b> calcular la cantidad de ayuda requerida y proporcionarla.</p>   |
| <p><b>Interrupción:</b> interferir o intervenir en algo que hace un participante, o romper de forma repentina su «marco de referencia».</p>         | <p><b>Capacidad:</b> reconocer y fomentar el nivel de compromiso de un participante dentro de un marco de referencia.</p>                         |

| ACCIONES DETRACTORAS   | ACCIONES POTENCIADORAS  |
|--|---|
| <p><b>Cosificación:</b> tratar a los participantes como si fueran fragmentos de materia inerte o un objeto.</p>            | <p><b>Colaboración:</b> tratar a un participante como un compañero completo e igual mientras tiene lugar una determinada actividad, consultar su opinión y trabajar con él.</p> |
| <p><b>Estigmatización:</b> tratar a los participantes como si fueran objetos enfermos, ajenos o marginados.</p>            | <p><b>Identificar:</b> conocer a un participante en su sentido de ser único, manteniendo una actitud abierta y sin prejuicios.</p>  |
| <p><b>Ignorar:</b> comportarse (en conversaciones o acciones) en presencia de los participantes como si no estuvieran.</p> | <p><b>Incluir:</b> permitir y fomentar que un participante esté y se sienta incluido, física y psicológicamente.</p>  |
| <p><b>Excluir:</b> alejar a un participante o excluirlo física y psicológicamente.</p>                                     | <p><b>Integrar:</b> dar sensación de aceptación en un escenario concreto, independientemente de las habilidades y discapacidades.</p>   |
| <p><b>Burla:</b> reírse de un participante, burlarse de él, humillarle o gastar bromas a su costa.</p>                     | <p><b>Diversión:</b> adoptar una manera libre y creativa de ser, utilizar la diversión y el humor y reaccionar a su uso.</p>  |

A partir de esta información, realizad la siguiente tarea:

Imaginad que hay que diseñar una intervención con un grupo de auxiliares de geriatría de una residencia donde se han detectado algunas de las prácticas observadas en el estudio de Persson y Wästerfors (2009). Para sensibilizarlas con relación al buen trato de las personas mayores y evitar futuras situaciones de posibles malos tratos, decidís que esta intervención, planteada desde la prevención terciaria, gire alrededor del DCM y las diferentes acciones detractoras y potenciadoras. Elegid cuatro actividades detractoras y diseñad un juego de rol (*role playing*) donde se ponga de manifiesto claramente cada una de ellas. Al mismo tiempo, elaborad otro juego de rol donde la actividad detractora se elimine y se sustituya por la actividad potenciadora opuesta. Las únicas condiciones son que:

- Cada juego de rol no dure más de tres minutos.
- Cada juego de rol se centre en una única actividad detractora/potenciadora.
- En cada juego de rol se produzca una única forma de maltrato.

- A lo largo de cada representación se pueda identificar la actividad detractora abordada.
- A lo largo de cada representación se pueda identificar el tipo de maltrato abordado.
- Las acciones de tractoras y los tipos de maltrato no se denominen explícitamente.

En la cuarta parte de esta actividad debéis presentar vuestros juegos de rol ante el resto de los compañeros, que deberán detectar la acción detractora y el tipo de maltrato.

---

☑ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **1 hora**

---

#### ACTIVIDAD B.4

En la cuarta y última parte de esta actividad, y tal y como ha se ha ido exponiendo anteriormente, se pondrá en común el trabajo realizado por cada grupo, de modo que:

Todos los grupos deberán poner en común con el resto de los compañeros sus respuestas a las tareas de la actividad B.1, promoviendo la discusión entre ellos.

Todos los grupos deberán poner en común con el resto de los compañeros sus respuestas a las tareas de la actividad B.2, promoviendo la discusión entre ellos.

Todos los grupos deberán representar los tres juegos de rol ante el resto de los compañeros, que deberán detectar la acción detractora y el tipo de maltrato presentes en cada situación.

---

☑ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **20 minutos por grupo** (5 minutos para poner en común las respuestas a las tareas B.1 y B.2 + 15 minutos para representar los tres juegos de rol).

---

## MATERIALES Y RECURSOS:

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pantalla para proyectar, conexión a Internet, ordenador, proyector, pizarra con rotuladores de colores, hojas en blanco y bolígrafos.

---

## Taller 4

# LAS RELACIONES FAMILIARES Y LAS PERSONAS MAYORES

## Presentación

En los contenidos del tercer taller se ha mencionado que los malos tratos hacia las personas mayores se producen, principalmente, en el ámbito familiar, y que los hijos tendrían una elevada probabilidad de convertirse en perpetradores (Naughton *et al.*, 2012). Por este motivo en el cuarto taller se abordará un fenómeno que cada vez es más frecuente y está recibiendo mayor visibilidad y atención: el fenómeno de los cuidadores informales de personas mayores en situación de dependencia.

Como se verá a continuación, cuando una persona mayor se vuelve dependiente en alguna medida, generalmente quien asume la responsabilidad de facilitarle la ayuda necesaria es su familia. De hecho, se dice que en nuestro entorno la principal institución encargada de ofrecer cuidados a las personas mayores dependientes es la familia. Sin embargo, cuidar de una persona mayor en situación de dependencia es una tarea compleja, y durante su curso tanto la persona cuidada como la persona encargada de velar por su bienestar pueden experimentar una serie de cambios que pueden incrementar el riesgo de que se acabe produciendo una situación de malos tratos.

Es por ello que en este capítulo se hablará de la dependencia entre las personas mayores y sus causas principales, prestando especial atención a las demencias, así como al perfil de los familiares que se encargan de cuidar de aquellas personas mayores que pierden la capacidad de vivir de forma completamente autónoma y las implicaciones que puede llegar a tener para ellos asumir el rol de cuidador.

## Los objetivos

A continuación se presentan los objetivos de este capítulo:

- Conocer con mayor profundidad uno de los retos más importantes que plantea el envejecimiento de la población: la dependencia.
  - Entender que el envejecimiento de la población es una fuente tanto de oportunidades como de retos.
  - Entender qué es la dependencia.
  - Entender cuáles son los principales causantes de dependencia entre las personas mayores.
  - Entender la diferencia entre las dos principales fuentes de ayuda a las personas mayores en situación de dependencia: el apoyo formal y el apoyo informal.
- Conocer con mayor profundidad la situación que viven los cuidadores informales de personas mayores en situación de dependencia.
  - Entender el perfil típico de los familiares que cuidan de personas mayores dependientes.
  - Entender las características de la situación en la que se encuentran los cuidadores informales.
  - Entender cuáles son las principales consecuencias negativas que pueden experimentar por el hecho de asumir el rol de cuidadores.

## Contenidos

### El envejecimiento de la población y la dependencia: dos realidades que a menudo van unidas

#### EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN: LUCES Y SOMBRAS

El envejecimiento de la población puede ser interpretado de muchas formas diferentes. Desde una óptica positiva, y partiendo de la premisa de que hacerse mayor no tiene por qué equivaler a padecer enfermedades graves y deteriorarse, es fácil darse cuenta de que el envejecimiento de la población implica que cada vez habrá un mayor número de personas de más de 65 años que

seguirán siendo activas físicamente, que se implicarán en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales, cívicos, etc., y que tendrán la opción de realizar contribuciones significativas a la sociedad y dejar un legado que los sobrevivirá y que redundará en un beneficio para las generaciones futuras. En este sentido, destacan las aportaciones que muchas personas mayores hacen en el ámbito familiar, ayudando, por ejemplo, en el cuidado y la crianza de los nietos. Sin embargo, el envejecimiento de la población también se puede considerar desde una óptica menos favorable, la de los retos que plantea, entre los que habría el incremento de personas que se encuentran, o que se encontrarán en el futuro, en situación de dependencia.

## LA DEPENDENCIA EN LA VEJEZ

Según la encuesta sobre «Discapacidades, deficiencias y estado de salud», publicada por el INE, en 2008 había en España un total de 3,85 millones de personas con una o más discapacidades viviendo en la comunidad (cifra que equivaldría al 8,5 % de la población), y prácticamente dos terceras partes del total de personas con una o más discapacidades pertenecen a la tercera y cuarta edad. Sin embargo, no solo las tasas de discapacidad son más elevadas entre las personas mayores, sino que también es característico de este colectivo que su gravedad sea más elevada. Por si fuera poco, también se ha observado que la prevalencia de discapacidades se incrementa más rápidamente en la vejez que en otras fases de la vida.

A este respecto, la buena noticia es que tener alguna discapacidad no tiene por qué equivaler a ser dependiente. En este sentido, una persona puede perder la vista, o una pierna, y ser capaz de hacer por sí misma todo lo que necesita para vivir. La mala noticia es que discapacidad y dependencia se presentan simultáneamente en no pocos casos, y que la distribución de las tasas de dependencia a lo largo del ciclo vital es similar a la de las tasas de discapacidad (Villar, 2009), por lo que también serían las personas mayores, y en especial las de más de 80 años, las que se verían afectadas por esta situación más frecuentemente, y las que lo harían con una mayor gravedad.

La dependencia fue definida por el Consejo de Europa en 1982 como el estado en que se encuentran aquellas personas que, debido a una falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan una cantidad de asistencia o ayuda importante para poder realizar actividades corrientes de la vida diaria en general, y actividades relacionadas con el cuidado personal en particular. El

polo opuesto a la dependencia es la autonomía, entendida como «la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas fundamentales sin necesidad de ayuda, y para administrar su propia vida y tomar decisiones sobre aspectos relevantes que les incumban» (Villar, 2009, p. 15).

La dependencia afecta especialmente a las personas mayores y, dentro de ellas, a las mujeres y a las personas de 80 años y más. De hecho en 2008 el 65,2 % de personas en situación de dependencia en España eran personas mayores (Esparza, 2011).

Las principales fuentes de discapacidad y dependencia entre las personas mayores tienen su origen en enfermedades, y los tipos de deficiencias más incapacitantes en la vejez serían las deficiencias visuales y auditivas, seguidas de las osteoarticulatorias y las mentales (INE, 2008). Un factor muy importante a tener en cuenta son las demencias, que destacan tanto por su prevalencia como por el impacto que suelen tener sobre las personas mayores que las sufren y su entorno. De hecho, las demencias son consideradas una de las principales fuentes de discapacidad y dependencia en la vejez (Ritchie y Lovestone, 2002), así como uno de los determinantes principales de la cantidad de años libres de discapacidad que pueden vivir las personas mayores.

Tanto si padece una demencia o no, cualquier persona mayor que se encuentre en situación de dependencia necesitará ayuda de otras personas para poder seguir realizando actividades que antes era capaz de hacer por sí misma. En relación a la ayuda que una persona mayor en situación de dependencia puede recibir, esta se suele dividir en apoyo formal y apoyo informal. El apoyo formal proviene de una serie de instituciones que integran el conjunto de recursos sociosanitarios dirigidos a la atención de personas en situación de dependencia, y su oferta depende en buena parte de las partidas presupuestarias que el Estado destine a su implementación. Algunos ejemplos de servicios de apoyo formal serían el sistema de atención domiciliaria (SAD), la teleasistencia, los centros de día o las residencias. Cuando hablamos de apoyo informal, en cambio, nos referimos a un tipo de ayuda que es ofrecida fuera del sistema de atención sociosanitaria, que no está burocratizada y que no se retribuye económicamente (IOÉ, 1995; Wright, 1983). Hay que destacar, aquí, el papel de la familia como principal fuente de apoyo informal a las personas dependientes, frente a otras alternativas como los vecinos o los amigos, que también pueden actuar como tal. Además, hay que decir que la familia no solo es la principal fuente de apoyo informal a las personas mayores dependen-

tes, sino también la mayor institución proveedora de cuidados a las personas mayores dependientes en España (INE, 2008). Es más: si nos centramos en las personas mayores dependientes, de todas las que reciben algún tipo de ayuda, en el 90 % de los casos esta ayuda proviene de la familia, y en más del 75 % de los casos, el apoyo informal constituye su única fuente de ayuda (Roger, 2009). Las personas que asumen de manera voluntaria y desinteresada la responsabilidad de cuidar a una persona mayor dependiente se conocen como *cuidadores informales*, y dentro de estos, quien asume la mayor parte de estas responsabilidades se denomina *cuidador principal*.

Aunque los familiares que cuidan a personas mayores en situación de dependencia, independientemente de la causa que lo origine, llevan a cabo una tarea de vital importancia a nivel social y económico, y que generalmente la asumen con las mejores de las intenciones, en la situación de provisión de cuidados, y especialmente en la situación de provisión de cuidados a una persona con demencia, confluyen varios factores de riesgo que pueden facilitar que se acabe produciendo una situación de malos tratos. Por eso en los apartados siguientes se profundizará, por una parte, en las características de las demencias, y por el otro, en el rol del cuidador informal.

## Una importante fuente de dependencia entre las personas mayores: las demencias

### INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE DEMENCIA: DEFINICIÓN, IMPLICACIONES Y PREVALENCIA

Las demencias se definen como síndromes adquiridos de carácter orgánico y etiología multifactorial que cursan con la reducción o alteración de diferentes funciones cognitivas. La intensidad de los cambios es tal, que la interferencia en la vida de la persona termina yendo más allá del deterioro de las funciones cognitivas y le afecta a nivel conductual, funcional, social y/o laboral (Boada y Tárraga, 2006). En el momento del inicio de estos síndromes, la conciencia del enfermo no necesariamente debe verse comprometida, por lo que en los estadios iniciales es posible seguir siendo autónomo y autogobernarse, pero, a medida que el deterioro progresa, aparecen las primeras dificultades en su capacidad de llevar a cabo determinadas actividades instrumentales de la vida diaria (como cocinar, utilizar el transporte público, hacer la compra, administrar la propia medicación, etc.), que se acaban generalizando a actividades

más simples, como las actividades básicas de la vida diaria (como desplazarse, ir al baño, comer o vestirse). Esto, como es obvio, equivale a decir que la persona cada vez será más dependiente, aunque es vital tener siempre presente que el hecho de necesitar ayuda en una actividad o más de una no implica que la persona sea dependiente para todo.

Si bien la prevalencia de las demencias es difícil de estimar debido, en parte, a la falta de instrumentos precisos que aseguren la exactitud de los diagnósticos, España sería uno de los cuatro países europeos con una mayor prevalencia de demencias, una prevalencia que se situaría en torno al 6 % entre la gente de 60 años y más (OECD, 2013).

## INTRODUCCIÓN A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DEFINICIÓN, IMPLICACIONES Y PREVALENCIA

De entre los diferentes tipos de demencia, la enfermedad de Alzheimer es la más conocida y la más habitual, y se estima que afecta a alrededor del 5 % de las personas de más de 65 años, aunque su prevalencia se incrementa de forma considerable con la edad.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa de origen insidioso, por lo que en sus inicios se suelen producir unos cambios más bien modestos que en algunas ocasiones pueden pasar por alto o ser atribuidos al propio proceso de envejecimiento. Sin embargo, con el tiempo el deterioro se va haciendo cada vez más evidente. El síntoma inicial más característico del Alzheimer es la pérdida de memoria, especialmente de forma episódica, que se evidencia, sobre todo, por la mayor dificultad para almacenar información nueva sobre acontecimientos recientes. Con la progresión de la enfermedad, el resto de las funciones cognitivas también se van viendo afectadas. En las fases iniciales, pues, el enfermo puede perderse en entornos conocidos, tener dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria que antes completaba de forma autónoma, repetir preguntas que ya ha hecho, y experimentar pequeños cambios en la personalidad o el estado de ánimo. Con el tiempo, el lenguaje, la orientación y la capacidad de razonar también quedan alterados, y las dificultades amnésicas van en aumento. Poco a poco, la persona puede dejar de reconocer a amigos y familiares, y tener alucinaciones, delirios y alteraciones conductuales (agresividad física, gritos, agitación, hiperactividad, desinhibición sexual, etc.). Finalmente, en los últimos estadios, la afasia (dificultad o incapacidad ad-

quirida para comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica), la apraxia (dificultad o incapacidad adquirida para ejecutar movimientos coordinados) y la agnosia (dificultad o incapacidad para reconocer o identificar información que nos llega a través de los sentidos) alcanzan niveles máximos, la persona deja de ser capaz de comunicarse con su entorno físico y social, y pasa a depender para todo o prácticamente todo de terceras personas.

## Los cuidadores informales

### ¿QUIÉNES SON?

Como ya se ha dicho, los cuidadores informales son personas que proporcionan ayuda a una persona en situación de dependencia de modo desinteresado, sin recibir ningún bien a cambio, y suelen ser familiares, amigos o vecinos (Wright, 1983).

En cuanto a las características de los cuidadores informales, sabemos que no todos los miembros de una familia tienen los mismos números de acabar asumiendo ese rol cuando una persona mayor se encuentra en situación de dependencia. En este sentido, el perfil de cuidador informal normalmente es el de una mujer de entre 40 y 59 años, casada, con un nivel educativo modesto, sin trabajo, e hija de la persona cuidada. En el caso específico de los cuidadores de personas con demencia, es más habitual que el encargado de cuidar a la persona en situación de dependencia sea su pareja, por lo que las diferencias por sexo se reducen, la edad aumenta, los niveles educativos suelen a ser más bajos, y la situación laboral predominante sería la de la jubilación.

### ¿QUÉ HACEN?

En cuanto a la implicación de los cuidadores informales en el cuidado de sus familiares, estos suelen cuidarlos una media de 6,5 años antes de que se produzca la institucionalización (Aneshensel, Pearl, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995), y en el 90,2 % de los casos dedican a esta tarea entre 3 y 7 días a la semana, y una media de 10,6 horas al día (IMSERSO, 2005b). Siguiendo con las tareas que realizan, el 89,3 % de los cuidadores ayudan a sus familiares en tareas domésticas (como limpiar, planchar, preparar la comida, etc.), el 92,1 %

los ayudan en actividades cotidianas (como salir a la calle, comprar, ir al médico, etc.), y el 76,1 % les ayudan en tareas de cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer, etc.). De hecho, alrededor del 70 % de los cuidadores ayuda a sus familiares en estos tres tipos de tareas al mismo tiempo. Teniendo en cuenta la frecuencia con la que los cuidadores ayudan a sus familiares, y el tipo de tareas que llevan a cabo, no es de extrañar que en el 60 % de los casos los cuidadores compartan vivienda con la persona cuidada.

Como se puede observar, la situación de provisión de cuidados a una persona mayor en situación de dependencia, y especialmente si sufre una demencia, requiere muchos esfuerzos por parte de los cuidadores informales tanto a nivel físico como psicológico, que, además, se mantienen durante periodos de tiempo prolongados. Tanto es así que algunos autores no ha dudado en considerarla una situación de estrés crónico (Montorio y Losada, 2005; Schulz y Sherwood, 2008), y se han dedicado a estudiar las consecuencias que puede acabar teniendo sobre la salud física y psicológica de los cuidadores, y en otras esferas, como la social y la laboral.

### ¿CÓMO SE PUEDEN VER AFECTADOS NEGATIVAMENTE LOS CUIDADORES POR EL HECHO DE CUIDAR?

En relación a las consecuencias negativas de cuidar, desde una perspectiva clásica se ha tendido a creer que el hecho de asumir el rol de cuidador coloca a la persona en una situación de riesgo en cuanto a su salud física y psicológica. En este sentido, comparando a cuidadores informales y personas de su edad que no tienen a su cargo a ninguna persona mayor en situación de dependencia, se observa entre los primeros un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas, cardiopatías e hipertensión; un sistema inmune más debilitado, con una menor capacidad para hacer frente a agentes patógenos que ello conlleva, y unos peores hábitos de salud, así como una mayor implicación en conductas de riesgo como podrían ser el consumo de alcohol, fármacos o drogas (Glaser, Sheridan, Malarkey, MacCallum y Kiecolt-Glaser, 2000; Kim y Knight, 2008; Roca *et al.*, 2000; Shaw *et al.*, 1997). En el ámbito psicológico, algunos estudios han identificado entre los cuidadores informales una mayor probabilidad de presentar sintomatología ansiosa y depresiva, de sufrir depresión y trastornos de ansiedad, y de tener niveles más bajos de bienestar subjetivo, así como más sentimientos de desesperanza, impotencia e irritación (Black *et al.*, 2010; Butterworth, Pymont, Rodgers,

Windsor y Anstey, 2010; Hernández y Bigatti, 2010; Pinquart y Sörensen, 2003; Roca *et al.*, 2000). Por último, hay que señalar que el hecho de cuidar de una persona en situación de dependencia podría interferir también en otras esferas de la vida de los cuidadores, como la social y la laboral. Así, en el estudio de Roca *et al.* (2000), un 70 % de los participantes afirmaron tener menos tiempo libre desde el momento en que empezaron a cuidar de su familiar, y otro 60 %, que su vida familiar se había visto alterada debido a esta situación. De modo similar, en el estudio de Valles, Gutiérrez, Luquin, Martín y López (1998), muchos cuidadores reportaron una elevada interferencia del rol de cuidador sobre su vida social. A nivel laboral, Black *et al.* (2009) observaron que prácticamente la mitad los cuidadores experimentan conflictos laborales, que el 22 % se sentían menos efectivos en el trabajo, que el 16 % se vieron obligados a reducir su jornada laboral y que el 12 % rechazaron una promoción laboral. Además, no es infrecuente que algunos cuidadores lleguen a abandonar el mercado laboral con la intención de poder dedicarse en mayor medida a cuidar a su familiar (Laczkó y Nodens, 1993). En el caso de que se produzca alguna de estas circunstancias, el nivel económico del cuidador también puede quedar resentido.

En cuanto a las consecuencias de cuidar, hay que matizar que no todos tienen por qué experimentar alguna, ni verse afectados en el mismo sentido o con la misma intensidad. Así pues, ante la situación de provisión de cuidados, diferentes cuidadores quedarán afectados de diferentes maneras, e incluso habrá quien será capaz de manejar la situación sin presentar ninguna alteración significativa.

Para entender mejor la situación de los cuidadores, y de explicar el proceso por el que una persona puede experimentar estas consecuencias negativas por el hecho de encontrarse en una situación que, como hemos dicho, a menudo se ha considerado de estrés crónico, diferentes autores han desarrollado marcos teóricos, y de entre ellos, el que sin duda ha sido más ampliamente aceptado y utilizado es el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984, 1987). Este modelo intenta explicar qué ocurre cuando una persona vive un hecho estresante, y por lo tanto es aplicable a la situación de los cuidadores informales, pero también a muchas otras.

De acuerdo con el modelo transaccional del estrés, hay dos factores clave para entender por qué el hecho de vivir una situación estresante puede acabar teniendo consecuencias negativas, que son la evaluación subjetiva de la situación y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha para abordarla. Según sus creadores, cuando una persona considera que se encuentra ante un hecho que amenaza con

alterar su bienestar físico y psicológico, decimos que se encuentra en una situación potencialmente estresante. Cuando esto ocurre, la primera reacción de la persona sería evaluar si la situación es realmente amenazante o potencialmente perjudicial o desafiante o, por el contrario, beneficiosa o irrelevante. Esta evaluación inicial se denomina *evaluación primaria*. En caso de que la situación acabe considerándose beneficiosa, es de esperar que no se generen reacciones de estrés y que la persona experimente emociones positivas (este podría ser el caso, por ejemplo, de alguien que llega a casa y se encuentra con una fiesta sorpresa). En el caso contrario, es decir, cuando la persona considera la situación amenazadora, perjudicial o desafiante (este podría ser el caso, por ejemplo, de un cuidador de un padre diagnosticado de Alzheimer), procederá a realizar una evaluación secundaria, que consiste en evaluar las opciones y los recursos de los que dispone para manejar satisfactoriamente la situación y eliminar o controlar lo que amenaza su bienestar. Cuando la persona considera que tiene todo lo que necesita para hacer frente a la situación, activará mecanismos de afrontamiento, que no son más que esfuerzos de tipo cognitivo y conductual para reducir el malestar derivado de la situación estresante. Estos mecanismos de afrontamiento pueden ir dirigidos a modificar el problema en sí (afrontamiento centrado en el problema) o regular las emociones que uno experimenta (afrontamiento centrado en las emociones). Cuando alguien valore que el problema es fácil de modificar y que es capaz de hacerlo, probablemente predominarán los mecanismos de afrontamiento centrados en el problema, mientras que cuando el estresor sea perdurable o poco susceptible de ser modificado, probablemente predominarán los mecanismos de afrontamiento centrados en las emociones. Siguiendo con la situación del cuidador, en caso de que decidiera llevar a su padre a un brujo para que le curara, estaríamos hablando de una estrategia de afrontamiento centrada en el problema, mientras que si iniciara un proceso introspectivo para asumir la enfermedad de su familiar, estaríamos ante una estrategia de afrontamiento centrada en las emociones. La eficacia de cada una de estas técnicas dependerá del problema a resolver y de la capacidad de la persona de evaluar su capacidad de modificarlo. En el caso del cuidador, debido al curso irreversible del Alzheimer, seguramente la opción del brujo no sería la más recomendable, ni daría lugar a los resultados deseados. Tanto si se aplican unos mecanismos como otros, el enfrentamiento puede dar lugar a la resolución favorable del hecho estresante, y en este caso se experimentarán emociones positivas, o la resolución no favorable o la no resolución del hecho estresante, y en este caso se experimentará malestar y se volverá a hacer una evaluación primaria de la situación.

En el caso de los cuidadores de personas con demencia, es de esperar que a menudo tengan que hacer frente a la no resolución o la resolución no satisfactoria de la

situación estresante, y, a medida que tengan que ir reevaluando su situación, puede ser que cada vez experimenten mayores sentimientos de sobrecarga. La sobrecarga subjetiva es una variable clave dentro de las evaluaciones que hacen los cuidadores. Aunque no existe consenso acerca de la definición de este concepto, generalmente se entiende por sobrecarga subjetiva un conjunto de sentimientos y percepciones negativas hacia la tarea de cuidar (López, 2005) que algunos autores concretan en la percepción de malestar, ansiedad, desmoralización y pérdida de libertad (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman y Rovine, 1991) y que los cuidadores afirman experimentar debido a los estresores objetivos de la situación de provisión de cuidados, que serían costes específicos y fáciles de observar, como la cantidad de alteraciones conductuales de la persona o el número de horas por día y de días por semana dedicadas a cuidar (Montgomery, Stull y Borgata, 1985). En esta misma línea, Given *et al.* (1992) definen la sobrecarga como alteraciones en la salud física y emocional que los cuidadores experimentan cuando perciben que las demandas de la situación sobrepasan los recursos con que cuentan. Otros autores, en cambio, plantean una definición más amplia, como sería el caso de Zarit (1986), que la define como la medida en que los cuidadores perciben que cuidar de su familiar ha tenido en ellos un efecto negativo a nivel emocional, social, económico, físico y espiritual.

## Las actividades

### ACTIVIDAD A

#### La relación entre provisión de cuidados a las personas mayores y los malos tratos

En los contenidos de este taller se ha intentado presentar información sobre quiénes son los cuidadores informales y qué suele suponer para ellos el hecho de cuidar a una persona mayor en situación de dependencia y mantenerla la mayor cantidad de tiempo posible en el su entorno habitual. Se ha hablado, por ejemplo, del grado de implicación habitual de los cuidadores con su rol, el tipo de tareas que deben desarrollar, las consecuencias negativas que pueden llegar a experimentar, y el proceso que puede acabar produciendo estas consecuencias.

Mediante esta actividad se pretende que el alumnado se familiarice aún más con la situación de los cuidadores informales, y que reflexione de manera crítica sobre

cómo el hecho de cuidar a una persona con demencia puede facilitar la aparición de malos tratos para con esa persona, incluso cuando la intención de los cuidadores no es otra que la de velar por su bienestar. Además, se intentará poner en relación los conocimientos adquiridos en este capítulo con los contenidos de capítulos anteriores.

En primer lugar, el docente coordinador deberá dividir el alumnado en grupos de trabajo de entre 3 y 6 participantes. Las actividades a realizar por cada grupo serán las mismas, por lo que no hay un número óptimo de grupos.

Esta actividad está dividida en cuatro partes. La primera parte consistirá en relacionar la situación de los cuidadores informales de personas con demencia con los factores de riesgo para los malos tratos hacia personas mayores vistos en el primer capítulo de esta guía. En la segunda parte se trabajará con un fragmento de un documental sobre cuidadores que se puede visualizar en la web [www.youtube.com](http://www.youtube.com), y la tarea del alumnado consistirá en identificar algunas de las ideas vistas en los contenidos de este capítulo, así como expresiones que podrían indicar que en algún momento el cuidador habría tenido un riesgo elevado de convertirse en perpetrador de malos tratos hacia la persona cuidada. La tercera parte consistirá en ver el resto de este documental, en el que se habla de una intervención para mejorar el bienestar de los cuidadores, y a buscar recursos de ayuda formal disponibles en la ciudad o provincia del alumnado. Finalmente, la cuarta parte de la actividad se dedicará a poner en común el trabajo realizado.

### ACTIVIDAD A.1

En el primer capítulo de esta guía podéis encontrar una lista con los principales factores de riesgo que pueden facilitar que se acaben produciendo situaciones de malos tratos hacia las personas mayores, divididos en factores que tienen que ver con la persona de edad avanzada y la persona responsable del maltrato. Releed la lista y aseguraos de entender su significado. Una vez hecho esto, contestad las siguientes preguntas:

- A partir de los conocimientos aportados en este capítulo, de todos los factores de riesgo que aparecen en la lista, ¿cuáles creéis que podrían llegar a darse en una situación en que una persona de mediana edad está cuidando a su padre o su madre, que padece la enfermedad de Alzheimer? Justificad vuestra respuesta, tanto en el caso de aquellos factores de riesgo que creéis que se pueden acabar dando como en el caso de aquellos que no.

- De todos estos factores de riesgo, ¿cuáles creéis que, en el caso de producirse, podrían tener una capacidad mayor de acabar convirtiendo al cuidador en un perpetrador de malos tratos hacia la persona cuidada? Justificad vuestra respuesta.
- Siguiendo con los factores de riesgo que hayáis escogido en la pregunta anterior, pensad, para cada uno de ellos, a qué o qué tipos de malos tratos podría terminar dando lugar con mayor probabilidad. Justificad vuestra respuesta.

---

☑ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **30 minutos**

---

## ACTIVIDAD A.2

En el vínculo [https://www.youtube.com/watch?v=eE4\\_o4bKODw](https://www.youtube.com/watch?v=eE4_o4bKODw) podéis visualizar un corto documental titulado «Cuidadores», dirigido por Áurea Martínez Fresno, de aproximadamente 16 minutos de duración. En esta actividad se visualizarán los primeros 8 min 25 s, durante los cuales los diferentes entrevistados hablan de su experiencia y de algunas vivencias que han tenido, o siguen teniendo, como cuidadores de algún familiar en situación de dependencia. Una vez hecho esto, deberéis contestar a las siguientes preguntas:

- Identificad algunas de las ideas vistas en este capítulo en los testimonios de los cuidadores que aparecen en el documental.
- Algunos de los cuidadores, cuando hablan de su forma de reaccionar ante aspectos concretos de la enfermedad de su familiar, verbalizan alguna expresión que requeriría una exploración profunda, ya que podría estar sugiriendo que, en algún momento determinado, se podría haber producido alguna situación de malos tratos. Aunque nos estamos moviendo en el terreno de la especulación, y obviamente no tenemos ninguna prueba que nos permita asegurar que los malos tratos se han llegado a producir, es importante ser sensible hacia este tipo de verbalizaciones cuando trabajamos con personas que cuidan de personas mayores. Identificad, como mínimo, dos de estos casos, y analizad las razones que proporcionan los cuidadores para justificar su reacción.

---

⏪ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **30 minutos**

---

### ACTIVIDAD A.3

Visualice los ocho minutos restantes del documental «Cuidadores», en los que los protagonistas hablan de la experiencia que han vivido como integrantes de un grupo de apoyo, así como de los beneficios que ha supuesto para ellos participar en esa intervención.

Imagine que un amigo suyo está cuidando a su padre, que padece la enfermedad de Alzheimer, y se da cuenta de que se encuentra sobrecargado, y que podría beneficiarse de algún tipo de recurso de apoyo formal. Busque tres tipos de intervenciones, o de servicios, que se ofrezcan en su ciudad o provincia. El único requisito es que estos servicios o intervenciones se dirijan a mejorar la situación y la calidad de vida de los cuidadores informales. Por cada servicio/intervención, responda a las siguientes preguntas:

- ¿De qué tipo de servicio/intervención estamos hablando?
- ¿Cuáles son sus objetivos?
- ¿De qué maneras creéis que los cuidadores de personas con demencia se pueden beneficiar de este servicio o de esta intervención? Justificad vuestra respuesta.
- ¿De qué maneras creéis que la participación de los cuidadores informales de personas con demencia en este tipo de servicios/intervenciones podría contribuir a minimizar el riesgo de que se acabe produciendo una situación de maltrato? Justificad vuestras respuestas.
- Este servicio/intervención, ¿desde qué nivel de prevención (primaria, secundaria o terciaria) se plantea? Justificad vuestras respuestas.

---

⏪ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **1 hora y 30 minutos**

---

## ACTIVIDAD A.4

En la cuarta y última parte de esta actividad se pondrá en común el trabajo realizado por cada grupo, por lo que los participantes de cada grupo deberán compartir con el resto de los compañeros sus respuestas a las tareas de las actividades A.1, A.2 y A.3, promoviendo la discusión entre ellos.

---

☑ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **20 minutos por grupo**

---

## MATERIALES Y RECURSOS

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pantalla para proyectar, conexión a Internet, ordenador, proyector, pizarra con rotuladores de colores, hojas en blanco y bolígrafos.

## ACTIVIDAD B

### ¿Actividad sexual o abuso sexual? Analizando un posible caso de abuso sexual

A lo largo de los contenidos del capítulo 4 se ha explicado que el hecho de cuidar a una persona mayor con demencia suele considerarse una situación de estrés crónico. Esto es así, en parte, porque los cuidadores deben hacer frente a situaciones que posiblemente no habían vivido nunca anteriormente, y que en algunos casos pueden ser fuente de importantes dilemas a nivel moral y ético (por ejemplo, qué hacer si la persona dice que se quiere dejar de tomar la medicación o comer porque se quiere morir; decidir si es adecuado o no comunicarle al enfermo el fallecimiento de un familiar al que prácticamente no recuerda, etc.).

En el terreno de la sexualidad, por ejemplo, hay que tener en cuenta que el hecho de padecer una demencia no necesariamente implica la desaparición de todo deseo sexual en la persona enferma (Davies, Zeiss y Tinklenberg, 1992),

sino que puede continuar manteniéndolo e intentando satisfacerlo mediante estrategias válidas, aunque también es cierto que en algunos casos, debido al deterioro propio de la enfermedad, también puede darse el caso de que el deseo sexual se intente satisfacer de maneras inapropiadas (para una revisión, véase Fabà y Villar, 2011). En los casos en los que el deseo se mantiene, los cuidadores, cuando son la pareja de la persona con demencia, pueden tener muchas dudas sobre la conveniencia de seguir involucrándose en prácticas sexuales con la otra persona. En este sentido, algunos cuidadores pueden sentirse incómodos manteniendo relaciones sexuales con una persona que no recuerda su nombre y a quien deben ayudar en muchas actividades básicas de la vida diaria, o plantearse si realmente es lícito mantener relaciones sexuales con alguien que no es capaz de dar su consentimiento (Davies *et al.*, 1992). En otros casos, sin embargo, la práctica sexual puede ser una de las pocas formas mediante las cuales cuidador y persona cuidada pueden seguir compartiendo una actividad que es propia de una pareja, coherente con su estilo de vida previo, y que les permite sentirse queridos por otra persona y experimentar placer con ella.

Mediante esta actividad se pretende que el alumnado analice de forma crítica una situación en la que se plantea un dilema de este estilo a un equipo de profesionales, que deben decidir si un señor sin signos de deterioro cognitivo que sigue siendo sexualmente activo con su mujer, que padece una demencia, puede estar abusando sexualmente de ella o si, por el contrario, consideran que esta conducta es aceptable.

En primer lugar, el docente coordinador deberá dividir el alumnado en grupos de trabajo de entre 3 y 6 participantes. Las actividades a realizar por cada grupo serán las mismas, por lo que no hay un número óptimo de grupos.

Esta actividad está dividida en dos partes. En la primera de ellas, se presenta el caso, y el alumnado deberá ir respondiendo a una serie de preguntas a partir de los conocimientos adquiridos a lo largo de esta guía y un conjunto de información que se irá presentando de forma dosificada. La segunda parte consistirá en poner en común el trabajo realizado.

## ACTIVIDAD B.1

Leed el caso del señor A. y la señora B., y contestad las preguntas que se irán planteando a continuación.

## CASO

El señor A., de 81 años, es marido, y cuidador principal, de la señora B., de 79 años, que hace aproximadamente diez años fue diagnosticada de Alzheimer. La señora B. siempre había llevado una vida muy activa, y todos cuantos la conocían la tenían por una mujer de memoria excelente. Por este motivo cuando a los 58 años comenzó a tener dificultades para recordar dónde había guardado determinados objetos, o qué había hecho el día anterior, su marido se alarmó y la llevó al médico, que sugirió que posiblemente sufriera un deterioro cognitivo leve. El deterioro, sin embargo, siguió avanzando, y a los 69 años fue diagnosticada de Alzheimer. Desde ese momento, el señor A. se volcó a hacer por ella todo lo que creía que ella hubiera hecho por él si las cosas hubieran ido al revés, y se convirtió en un cuidador modélico. Así, intentó que su mujer llevara una vida lo más coherente posible con su pasado y con sus deseos e intereses, y nunca nadie vio a la señora B. mal vestida, sucia, mal peinada, dejada o desnutrida. A pesar de sus esfuerzos, llegó el momento en que necesitaba ayuda para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, estaba completamente desorientada a nivel espacial y temporal, dejó de reconocerle, y prácticamente había perdido la capacidad de comprender y producir el lenguaje, solo recordaba algunos detalles personales sobre sí misma y su infancia. A los 81 años, el estado de salud del señor A. empeoró, y se dio cuenta de que no podía seguir proveyendo a su mujer toda la atención que requería, ni permitirse contratar a alguien para que pasara con ellos las veinticuatro horas del día, por lo que tomó la decisión de llevarla a una residencia, e irse a vivir ahí con ella. Después de informarse e ir a visitar algunas para estar completamente seguro de tomar la decisión correcta e ir a pasar los últimos años de su vida en un centro que satisficiera todos sus requerimientos, se decantó por una de ellas, por lo que se fue a entrevistar con la trabajadora social del centro. La entrevista fue sobre ruedas, hasta que el señor A. le planteó el siguiente deseo: quería compartir una habitación doble con su mujer, y quería que hubiera una cama de matrimonio y que se respetara completamente su intimidad porque, durante los prácticamente 50 años que hacía que estaban casados antes del diagnóstico de la enfermedad, fueron siempre muy activos sexualmente, y seguían siéndolo entonces, ya que era una de las pocas actividades en las que su mujer se podía continuar implicando y durante las cuales veía que estaba a gusto y se sentía bien. La trabajadora social le contestó que tomaba nota de su deseo, que lo comentaría con el resto de los profesionales del equipo técnico para ver si podían satisfacerlo, y que procuraría darle una respuesta lo antes posible.

En la guía *Supporting sexual health and intimacy in care facilities: Guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada*, publicada por la Vancouver Coastal Health Authority (2009), se ofrecen varias directrices para ayudar a los profesionales que trabajan en centros residenciales a regular la actividad sexual entre las personas mayores que viven en ellos, y una de ellas hace referencia a cómo decidir si una persona es capaz de consentir o no el mantenimiento de prácticas sexuales con otra independientemente de su nivel de deterioro cognitivo. Así, la directriz 2 dice: «Se presupone que los clientes tienen la capacidad de tomar decisiones por ellos mismos, incluyendo decisiones sobre la actividad sexual, hasta que se determine lo contrario. La función de los responsables sustitutos en la toma de decisiones, sean familiares o no, no está del todo delimitada al área de la toma de decisiones sobre la actividad sexual, y requiere consideraciones minuciosas. Cuando se determine que un cliente no tiene la capacidad para consentir sexualmente, habrá que considerar los riesgos legales y si permitir la actividad sexual puede ser éticamente justificable o no» (Vancouver Coastal Health Authority, 2009, p. 17). Más adelante en esta guía, se plantea que para considerar que alguien es capaz de consentir sexualmente y, por lo tanto, implicarse en alguna actividad sexual con una tercera persona debe:

- a) Tener conocimientos sexuales básicos, como las diferencias a nivel anatómico y funcional entre hombres y mujeres, y conocimientos sobre la naturaleza de la práctica sexual.
- b) Entender los riesgos y las consecuencias que puede suponer para uno mismo y para la pareja sexual el hecho de ser sexualmente activos.
- c) Ser capaz de diferenciar entre lugares y horarios en los que es apropiado o inapropiado mantener relaciones sexuales.
- d) Ser capaz de expresar decisiones personales y resistir a la coerción.
- e) Ser capaz de identificar elementos que puedan indicar malestar o rechazo por parte de la otra persona y detener la actividad sexual.

Sobre la base de esta información, y la información presentada en el caso sobre la señora B., pensad qué probabilidad tiene la señora B. de reunir estos criterios, es decir, si creéis que es capaz de consentir el mantenimiento de relaciones sexuales o no. Justificad vuestra respuesta.

En la definición de abuso sexual vista en esta guía, se incluye cualquier actividad que implique contacto sexual sin el consentimiento de alguna de las partes, ya sea porque rechaza la actividad sexual o porque es incapaz de consentir. A partir de la información presentada en este caso, y la definición de abuso sexual, pensad si se podría considerar que el señor A. está abusando sexualmente de su pareja. Intentad justificar vuestra respuesta con tantos argumentos a favor y en contra de esta posibilidad como sea posible.

De acuerdo con Haggerty (2003), sin embargo, hay definiciones de abuso sexual que requieren que una persona disienta del mantenimiento de relaciones sexuales, o que el perpetrador tenga la intención de abusar y aprovecharse sexualmente de la otra persona. A partir de la información presentada en este caso, y de este tipo de definiciones, pensad si se podría considerar que el señor A. está abusando de su pareja. Intentad justificar vuestra respuesta con tantos argumentos a favor y en contra de esta posibilidad como sea posible.

Siguiendo con la guía *Supporting sexual health and intimacy in care facilities: Guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada*, los autores proponen unos criterios para tomar decisiones sobre la conveniencia de permitir o prohibir la actividad sexual en el caso de personas que no son capaces de consentir el mantenimiento de relaciones sexuales. En estos casos, proponen que si la persona tiene un tutor legal, porque ella misma o un juez lo ha designado, con la potestad de tomar decisiones sobre su vida sexual, esa persona deberá ser la encargada de hacerlo. Cuando esta figura no existe, proponen que la familia y/o el encargado de velar por el bienestar de la persona que no puede consentir, conjuntamente con un equipo de profesionales del centro, tomen la decisión que crean que es más beneficiosa para el cliente y se adapta mejor a sus valores, deseos y necesidades previos. Supongamos que, en este caso, el tutor legal de la señora B. es el señor A.

A partir de la información presentada en este caso, de las definiciones de abuso sexual vistas y de las directrices propuestas por la guía *Supporting sexual health and intimacy in care facilities: Guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada*, decidid qué haríais si fuérais los profesionales de la residencia con quienes ha hablado el señor A. Las acciones pueden ir desde denunciarlo por sospechar de abusos

sexuales hacia su mujer hasta aceptar su ingreso en el centro y satisfacer sus requerimientos. Justificad debidamente vuestra respuesta.

---

⊙ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **1 hora**

---

## ACTIVIDAD B.2

En la segunda y última parte de esta actividad se pondrá en común el trabajo realizado por cada grupo, por lo que los participantes de cada grupo deberán compartir con el resto de los compañeros sus respuestas en la tarea de la actividad B.1, promoviendo la discusión entre ellos.

---

⊙ DURADACIÓN DE LA ACTIVIDAD: **20 minutos por grupo**  
(15 minutos de presentación + 5 minutos de discusión).

---

## MATERIALES Y RECURSOS

Para llevar a cabo este taller se necesitarán los siguientes recursos:

- **Humanos:** docente coordinador; debe tener un alto conocimiento de los temas a tratar y de la metodología a utilizar.
- **Materiales:** sala adecuada con mobiliario movable, pantalla para proyectar, conexión a Internet, ordenador, proyector, pizarra con rotuladores de colores, hojas en blanco y bolígrafos.



---

# BIBLIOGRAFÍA

- Acierno, R., Hernández, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., y Kilpatrick, D. G. (2010). «Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study». *American Journal of Public Health*, 100(2), 292-297.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J.T., Zarit, S. H., y Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Baker, M. W. (2007). «Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality». *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 313-321.  
<http://jap.sagepub.com/>
- Bigala, P., y Ayiga, N. (2014). «Prevalence and predictors of elder abuse in Mafikeng local municipality in South Africa». *African Population Studies*, 28(1), 463-474.
- Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M., y Erens, B. (2009). «Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the First National Prevalence Study». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(1), 1-14.
- Black, S. E., Gauthier, S., Dalziel, W., Keren, R., Correia, J., Hew, H., y Binder, C. (2010). «Canadian Alzheimer's disease caregiver survey: baby-boomer caregivers and burden of care». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 807-813.
- Boada, M., y Tárraga, L. (2006). «Vejez y demencias». En: C. Triadó y F. Villar (coord.), *Psicología de la vejez* (p. 365-386). Madrid: Alianza.
- Brooke, D., y Surr, C. (2005). *Dementia Care Mapping: principles and practice*. Bradford: University of Bradford.
- Butler, R. N. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. Nueva York: Harper & Row.
- Butterworth, P., Pymont, C., Rodgers, B., Windsor, T. D., y Anstey, K. J. (2010). «Factors that explain the poorer mental health of caregivers: results from a community survey of older Australians». *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(7), 616-624.
- Bytheway, B. (1995). *Ageism: Rethinking ageing*. Buckingham, Reino Unido: Open University Press.
- Carranco, R., y García, J. (9 de julio de 2015). «Detenidos un notario y un abogado por estafar a más de 50 ancianos». *El País*. Recuperado de [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/08/catalunya/1436376729\\_173236.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/08/catalunya/1436376729_173236.html)

Crespo, M., y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar»*. Madrid: IMSERSO.

Davies, H. D., Zeiss, A., y Tinklenberg, J. R. (1992). «Til death do us part: Intimacy and sexuality in the marriages of Alzheimer's patients». *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(11), 5-10.

Diputación de Barcelona (2012). *Guía local per fer front als maltractaments de les persones grans*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

EIMA. (2007). *Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans*. Barcelona: Obra Social Caixa Catalunya. Fundació Viure i Conviure.

Envejecimiento en Red (2014). «Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2013». Madrid, Informes en Red, núm. 7. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2013.pdf>

Esparza, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Fabà, J., y Villar, F. (2011). «Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados (CSI): qué sabemos y qué necesitamos saber». *Kairós Gerontología*, 14(5), 25-47.

Findlay, R. A. (2003). «Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence?». *Ageing & Society*, 23(5), 6475.

Florio, E. R., Rockwood, T. H., Hendryx, M. S., Jensen, J. E., Raschko, R., y Dyck, D. G. (1996). «A model gatekeeper program to find the at-risk elderly». *Journal of Case Management*, 5(3), 106-114.

Fulmer, T., y Cahill, V.M. (1984). «Assessing elder abuse: a study». *Journal of Gerontological Nursing*, 10(12), 16-20.

Fundación Ingema. (2013). *Análisis observacional como herramienta de mejora de la calidad de vida en las personas con demencia*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco.

Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., y Franklin, S. (1992). «The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments». *Research in nursing & Health*, 15(4), 271-283.

Glaser, R., Sheridan, J. F., Malarkey, W. B., MacCallum, R. C., y Kiecolt-Glaser, J. K. (2000). «Chronic stress modulates the immune response to a pneumococcal pneumonia vaccine». *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 804-807.

Hagerty, J. (2003). «Ethical issues in distinguishing sexual activity from sexual maltreatment among women with dementia». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(2), 85-102.

Henderson, D., Buchanan, J. A., y Fisher, J. E. (2002). «Violence and the elderly population: issues for prevention». En: P. A. Schewe (Ed.), *Preventing violence in relationships: interventions across the life span* (p. 223-246). Washington: American Psychological Association.

Hernández, A. M., y Bigatti, S. M. (2010). «Depression among older Mexican American caregivers». *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 16(1), 50-58.

Homer, A. C., y Gilleard, C. (1990). «Abuse of elderly people by their carers». *British Medical Journal*, 301(6765), 1359-1362.

IMSERSO (2005a). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2005b). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2012). *Informe 2010: las personas mayores en España. Tomo I*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

IMSERSO (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INE (2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD). Año 2008*. Madrid: INE.

IOÉ (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: IMSERSO.

Junta de Castilla y León (2008). *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. Salamanca: Gráficas Varona.

Kahlbaugh, P. E., Sperandio, A. J., Carlson, A. L., y Hauselt, J. (2011). «Effects of playing wii on well-being in the elderly: physical activity, loneliness, and mood». *Activities, Adaptation & Aging*, 35(4), 331-344.

Kim, J. H., y Knight, B. J. (2008). «Effects of caregiver status, coping styles, and social support on the physical health of Korean American caregivers». *The Gerontologist*, 48(3), 287-299.

Kitwood, T. (2003). *Repensant la demència: pels drets de la persona*. Vic: Eumo.

Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., y Lozano, R. (2013). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.

Laczko, F, y Noden, S. (1993). «Combining paid work with eldercare: the implications for social policy». *Health & Social Care in the Community*, 1(2), 81-89.

Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., y Rovine, M. (1991). «A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being». *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences & Social Sciences*, 46(4), P181-P189.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1987). «Transactional theory and research on emotions and coping». *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.

Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D., y Meadows, S. E. (2007). «Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review». *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-616.

López, J. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa* (tesis doctoral). Recuperada de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

Montgomery, R. J., Stull, D. E., y Borgatta, E. F. (1985). «Measurement and the analysis of burden». *Research on Aging*, 7(1), 137-152.

Montorio, I., y Losada, A. (2005). «Provisión de cuidados y apoyo social informal: una visión psicosocial de la dependencia». En: S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (p. 491-515). Madrid: Pearson-Prentice Hall.

Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., O'Loughlin, A., y Delaney, L. (2012). «Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey». *Age & Ageing*, 41(1), 98-103.

Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M. C., y Stahl, C. (1991). «Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test». *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-415.

OECD. (2013). *Health at a glance 2013: OECD indicators*, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

OMS. (2002). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Recuperado de [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf)

OMS. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OMS. (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Recuperado de [http://www.acnur.es/PDF/1640\\_20120508172005.pdf](http://www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf)

OMS, e INPEA. (2002). «Voces ausentes. Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor». *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(6), 319-331.

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montoro, I., y Nuevo, R. (2008). «Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario». *International Journal of Clinical & Health Psychology*, 8(1), 105-117.

Pérez-Rojo, G., Nuevo, R., Sancho, M., y Penhale, B. (2015). «Validity and reliability of the Spanish version of Caregiver Abuse Screen (CASE)». *Research on Aging*, 37(1), 63-81.

Persson, T., y Wästerfors, D. (2009). «Such trivial matters: how staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes». *Journal of Aging Studies*, 23(1), 1-11.

Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). «Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis». *Psychology & Aging*, 18(2), 250-267.

Quinn, M. J., y Tomita, S. K. (1997). *Elder abuse and neglect: causes, diagnosis and intervention strategies*. Nueva York: Springer.

Reis, M., y Nahmiash, D. (1995). «Validation of caregiver screen (CASE)». *Canadian Journal on Aging*, 14(2), 45-61.

Reis, M., y Nahmiash, D. (1998). «Validation of the indicators of abuse (IOA) screen». *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.

Ritchie, K., y Lovestone, S. (2002). «The dementias». *Lancet*, 346(9347), 1759-1766.

- Roca, M., Bonet, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L., y Pedreny, R. (2000). «Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares». *Atención Primaria*, 26(4), 53-67.
- Rodríguez, P. (1995). «La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30(3), 169-176.
- Rogero, J. (2009). «Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia». *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Ryan, E. B., Giles, H., Bartolucci, G., y Henwood, K. (1986). «Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly». *Language & Communication*, 6(1-2), 1-24.
- Sánchez, M., y Díaz, P. (2005). «Los programas intergeneracionales». En: S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (p. 393-430). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Schiemberg, L. B., y Gans, D. M. (2000). «Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life». *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329-359.
- Schulz, R., y Sherwood, P. R. (2008). «Physical and mental health effects of family caregiving». *Journal of Social Work Education*, 44(3), 105-113.
- Shaw, W. S., Patterson, T. L., Semple, S. J., Ho, S., Irwin, M. R., Hauger, R. L., y Grant, I. (1997). «Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers». *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 101-109.
- Tabueña, M. (2006). «Los malos tratos y vejez: Un enfoque psicosocial». *Intervención Psicosocial*, 15(3), 275-292.
- Tabueña, M., y Muñoz, J. (2013). *Els maltractaments a les persones grans: Guia per a la detecció i per a l'acció*. Obra Social "la Caixa" Barcelona: CEGE.
- Tabueña, M., y Muñoz, J. (2013). *Violència: Tolerància zero. Programa de prevenció de l'Obra Social "la Caixa": Els maltractaments a les persones grans: Guia per a la detecció i per a l'acció*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".
- Valles, M. N., Gutiérrez, V., Luquin, A. M., Martín, M. A., y López, F. (1998). «Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia». *Atención Primaria*, 22(8), 481-485.
- Vancouver Coastal Health Authority (2009). *Supporting sexual health and intimacy in care facilities: Guidelines for supporting adults living in long-term care facilities and group homes in British Columbia, Canada*. Vancouver: Vancouver Coastal Health Authority.
- Villar, F. (2009). *Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez*. Bellcaire: Aresta.
- Wang, J. J., Lin, M. F., Tseng, H. F., y Chang, W. Y. (2009). «Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach». *International Psychogeriatrics*, 21(2), 314-320.

Wenger, G. C., y Burlholt, V. (2004). «Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study». *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 115-127.

Wright, K. (1983). *The economics of informal care of the elderly*. Nueva York: Centre for Health Economics.

Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., y Weiss, D. (2008). «Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI)». *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.

Yang, E., y Tang, C. S. (2003). «Proclivity to elder abuse: a community study on Hong Kong Chinese». *Journal of Interpersonal Violence*, 18(9), 999-1017.

Zarit, S. H., Todd, P. A., y Zarit, J. M. (1986). «Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study». *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.





**Obra Social "la Caixa"**

---