

I JORNADES INTERDISCIPLINÀRIES COL·LEGIALS

# EL M ALTRACTAMENT A LA GENT GRAN: UN PROBLEMA INVISIBLE

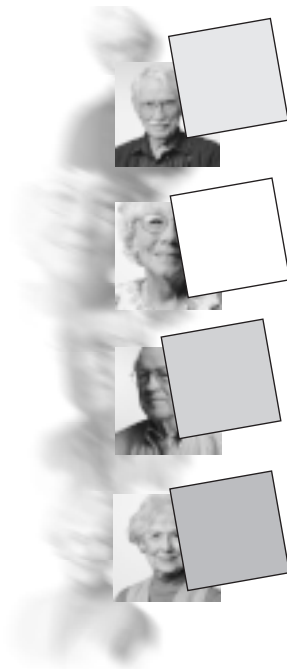


Generalitat de Catalunya  
Departament de Benestar i Família

I JORNADES  
INTERDISCIPLINÀRIES  
COL·LEGIALS

---

EL MALTRACTAMENT  
A LA GENT GRAN:  
UN PROBLEMA INVISIBLE



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Benestar i Família**

BIBLIOTECA DE CATALUNYA-DADES CIP:

**Jornades Interdisciplinàries Col·legials** *(1es : 2003 : Girona)*

El Maltractament a la gent gran, un problema invisible : Jornades Interdisciplinàries Col·legials

Textos en català i castellà. - Bibliografia

I. Catalunya. Departament de Benestar i Família II. Títol

1. Vells - Maltractament - Congressos

364.65-053.9(061.3)

© Generalitat de Catalunya  
Departament de Benestar i Família  
1a edició: novembre de 2003  
Tiratge: 1.000 exemplars  
Dipòsit legal: B-37.927-2003  
Disseny i producció: 9.disseny

## PRESENTACIÓ

---

Professionals de diferents disciplines, però tots amb forta implicació davant els problemes que afecten la gent gran, s'han posat d'acord per organitzar aquestes Jornades, des dels respectius col·legis professionals, per tractar conjuntament el tema del maltractament des de les diferents vessants professionals. Els mou l'objectiu d'arribar a unificar criteris sobre la definició, l'abast, la detecció i l'abordatge d'aquestes situacions.

Sabem que el maltractament i la violència són una realitat oculta a tot el món i que en la majoria de països són encara problemes poc visibles i en molts casos no denunciats. També és cert que el problema del maltractament a la gent gran ha tingut un lent desenvolupament i encara avui no hi ha consens sobre els elements essencials que el defineixen.

Es fa evident, doncs, que fa falta més investigació, però es pot fer molt en aquests moments. En primer lloc, un repte inicial i molt important és fer-lo visible. Hem de fer sentir les veus de les persones grans: el seu benestar no pot ser decidit pels altres.

Des del Departament de Benestar i Família, a través de l'ICASS, treballem per conèixer la prevalença del maltractament a la gent gran a Catalunya i per articular accions preventives incloses en un pla d'actuació global amb protocols d'intervenció coordinada entre tots els serveis implicats.

Cal fer notar l'èxit de la convocatòria d'aquestes I Jornades, en què més de 250 professionals advocats, diplomats en infermeria, diplomats en treball social, metges i psicòlegs han aportat el seu coneixement i la seva experiència i han arribat a trobar punts en comú sobre la necessitat de sensibilitzar l'opinió pública i promoure la implicació de tots els professionals en un tema en el qual tots hem de posar el nostre màxim esforç: la defensa i protecció dels drets de les persones.

Montserrat Cervera i Macià  
*Directora general de l'Institut Català  
d'Assistència i Serveis Socials*

---



# ÍNDIX

---

<b>EL MALTRACTAMENT A LA GENT GRAN: UN PROBLEMA INVISIBLE.....</b>	<b>7</b>
<b>TAULA 1:</b> Tipologia, indicadors, detecció i avaluació dels maltractaments. tractament des del Dret penal.....	<b>9</b>
<b>TAULA 2:</b> Factors de risc, prevencions, perfil del maltractador i perfil de la víctima. Tractament des del Dret civil.....	<b>23</b>
<b>TAULA 3:</b> Visió i intervenció interdisciplinària davant els maltractaments. Actuació i formació dels professionals i dels no professionals. Intrusisme. Protocols d'actuació.....	<b>47</b>
<b>TAULA 4:</b> Bona praxi institucional. Protocol interinstitucional. Maltractaments des del punt de vista del Dret administratiu.....	<b>73</b>
<b>TAULA 5:</b> Maltractament dins la família, conscienciació social, deficiències, propostes de millora, recursos i mancances legals .....	<b>91</b>
<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>117</b>
<b>PARTICIPANTS.....</b>	<b>123</b>



## I JORNADES INTERDISCIPLINÀRIES COL·LEGIALS

---

### EL MALTRACTAMENT A LA GENT GRAN: UN PROBLEMA INVISIBLE

El maltractament a la gent gran és un problema social que compromet tota la societat i que, malgrat no ser nou, és encara una realitat encoberta que cal fer visible.

Els col·legis professionals d'Advocats, d'Infermeria, de Metges, de Psicòlegs i de Treballadors Socials, complint amb els seus deures de vetlla i denúncia dels problemes que afecten la societat, han organitzat de forma conjunta aquestes Jornades de reflexió i treball, per tal de sensibilitzar els professionals i la societat en general sobre la violència exercida envers la gent gran i la necessitat d'un abordatge interdisciplinari.

El maltractament vulnera els drets fonamentals de les persones i és la societat, en conjunt, qui pot i ha de complir un important paper en la prevenció, la denúncia i el tractament d'aquest fenomen social.





TAULA 1:

---

TIPOLOGIA, INDICADORS,  
DETECCIÓ I AVALUACIÓ DELS  
MALTRACTAMENTS. TRACTAMENT  
DES DEL DRET PENAL



Moderador:

*Sr. Narcís Bardalet i Viñals*

Ponents:

*Sr. Manel Mir i Tomàs,*

*Sra. Teresa Roigé,*

*Sra. Anna M. Extremera Venzal,*

*Sra. Teresa Ballester*

Comunicacions i debat



## TRACTAMENT DES DEL DRET PENAL

---

*Sr. Manel Mir i Tomàs, advocat*

L'objecte de les Jornades és el problema del maltractament a la gent gran i la meua intervenció com a advocat penalista se centra en l'aspecte penal de tal maltractament. És ben cert que el concepte de maltractament és molt ampli, i això es podrà constatar al llarg dels debats, però l'anàlisi que ha de fer del maltractament el penalista no pot ser sinó des del camp del mateix dret penal. I el dret penal és un dret d'intervenció mínima i, d'altra banda, solament actua en aquells casos en què la conducta queda perfectament tipificada –descrita– en el Codi penal, i sempre en una interpretació restrictiva, que no admet analogies.

Així doncs, en aquesta intervenció es parla del delicte de lesions quan la perjudicada és una persona gran, ja siguin lesions que afectin la salut física com mental, amb tot el joc que dona el concepte de lesió mental. També es tracta, com a circumstància agreujant del delicte, el fet que la víctima sigui una persona gran. I així mateix, es tracta de com queden protegits, en l'àmbit del dret penal, els drets i deures familiars amb relació a les persones grans.

Sens dubte que, del debat, des d'aquest aspecte jurídic, en sortirà la necessitat d'una millor protecció de la gent gran, atesa la gran repulsa que provoca el fet que la víctima del delicte sigui una persona gran, però tot això sense perdre de vista que el dret penal solament ha d'intervenir en aquells supòsits en què han fracassat altres solucions possibles.

# DIFERÈNCIA ENTRE ABÚS I NEGLIGÈNCIA

---

*Sra. Teresa Roigé, infermera*

Direm que abús és la imposició deliberada d'un dany físic, mental, d'internament o reclusió sense motius o privació per part d'un cuidador dels serveis que són necessaris per mantenir la salut física o mental.

Parlarem de negligència quan ens referim a l'error o la manca de provisió (per part del cuidador) de les necessitats bàsiques de la persona gran per manca de formació, d'informació o per manca de pràctica.

- **ABÚS FÍSIC**  
Ens referim a l'ús de la força física provocant lesions corporals, dolor o deteriorament físic. Pot incloure cops, pessics, empentes, obligar a menjar...
- **ABÚS SEXUAL**  
És el contacte íntim sense consentiment de la persona gran.
- **ABÚS PSICOLÒGIC**  
Coaccionar, insultar, menysprear, humiliar, amenaçar amb l'abandonament o la institucionalització, adoptar conductes de domini i imposició.
- **ABÚS FINANCER**  
Ús il·legal o impropï de tots o alguns dels seus estalvis, béns, propietats, obligar a fer canvis en el testament...
- **NEGLIGÈNCIA**  
Conducta del cuidador que posa en perill la salut o seguretat personal, mitjançant restriccions, absències o deficiències en la provisió del menjar, la beguda, la roba inadequada, la higiene, la medicació, el confort, la seguretat personal.
- **ABANDONAMENT**  
Abandonament de l'ancià per part de la persona que havia assumit la responsabilitat de proporcionar-li atencions. Inclou l'abandonament en institucions assistencials com és ara: hospitals, residències...

- **AUTONEGLIGÈNCIA**

Es caracteritza pel comportament d'una persona gran que amenaça la pròpia salut o seguretat. Generalment es manifesta per una negació a autoproporcionar-se les atencions necessàries

**DIFERENTS INDICADORS:**

- **Abús físic:**
  - Talls
  - Blaus
  - Pèrdua de pes
  - Mala conservació de la pell
  - Cremades per cigarretes o d'altres.
- **Abús sexual:**
  - Hematomes en àrees genitals
  - Infeccions genitals inexplicables
  - Sang, esgarrapades a la zona genital.
- **Abús psicològic:**
  - Confusió o desorientació
  - Por, reserva
  - Agitació
  - Ira
  - Relat d'històries impossibles.
- **Abús financer:**
  - Robatori
  - Expoli de béns
  - Mancança de confort
  - Renúncia, canvis o recent creació de transmissió de poders.
- **Negligència:**
  - Manca d'higiene
  - Desnutrició
  - Deshidratació
  - Vestit inadequat
  - Malalties no tractades.
- **Abandonament:**
  - Deixar una persona gran sola en un centre sanitari
  - Queixa d'abandonament

- Autonegligència:
  - Actes de suïcidi
  - Rebuig d'atenció mèdica.

## DETECCIÓ

---

La detecció s'ha de basar en tres àrees d'estudi:

1. Motiu pel qual la persona consulta i que obliga a una exploració clínica i assistencial
  - Observar la seva conducta: reaccions infantils, rebuig per por o defensa
  - Aspecte general (vestit, higiene...)
  - Aspecte de pell i mucoses, regió genitourinària, extremitats, sistema musculoesquelètic
  - Exploració: física i cognitiva (ús d'escales de valoració)
  - Proves de laboratori.
2. Avaluació social: habitatge, cuidador, família, necessitats no cobertes.
3. Avaluació econòmica: ingressos, béns, administrador dels béns, llibertat per disposar-ne.

## AVALUACIÓ

---

- L'avaluació, l'ha de dur a terme un equip multidisciplinari.
- S'han de buscar els factors de risc i signes sospitosos de maltractaments des de les diferents disciplines implicades.
- Fer la història clínica tenint en compte els apartats anteriors.

La detecció de maltractaments es pot fer des de diferents àmbits, per aquest motiu crec que és important elaborar un protocol consensuat que tingui en compte la intervenció multidisciplinària.

També crec que la implicació de les diferents institucions és important per afavorir la coordinació de les actuacions, com també per fer evident el problema perquè deixi de ser invisible.

# TIPOLOGIA, INDICADORS, DETECCIÓ I AVALUACIÓ

---

*Sra. Anna Maria Extremera i Venzal*, treballadora social i gerontòloga social

En primer lloc, vull agrair als organitzadors que m'hagin demanat col·laborar avui en aquestes Jornades i a vosaltres per la vostra assistència.

He basat la meva ponència més que en una lectura, en una pràctica des del meu treball, des de l'atenció social primària. Malauradament tampoc no he trobat gaire escrit sobre el tema, i crec que, com ja s'ha dit, ens hauríem de plantejar començar a treballar i a documentar més el maltractament que pateixen algunes persones grans.

Definició: «és una conducta destructiva que està dirigida a una persona gran, i ocorre en el context d'una relació en què hi ha confiança i té la suficient intensitat i freqüència per produir efectes nocius de caràcter físic, psicològic, social i financer d'innecessari patiment, lesió, dolor, pèrdua o violació dels drets humans i disminució en la qualitat de la vida de la persona» (Hudson 1991).

El maltractament és un greu problema social, en què no importa el nivell econòmic, ni social, ni educatiu de qui l'exerceix.

El maltractament vulnera els drets fonamentals de les persones i és un problema de tothom.

Primer parlaré dels àmbits on es produeixen els maltractaments lligats al tipus de maltractament.

## 1. INTRAFAMILIARS:

---

- violència física
- psicològica
- sexual
- econòmica
- negligència
- violació dels drets com a persona



## **2. FORA DE LA FAMÍLIA:**

---

### **2.1. En una institució**

- violència física
- psicològica
- sexual
- econòmica
- negligència
- violació dels drets com a persona.

### **2.2. Institucional/administratiu**

- quan no compleix criteris, i va d'aquí cap allà
- quan no ens atrevim a denunciar
- quan no fem res «com si no passés res»
- quan violem els seus drets com a persona.

He fet la diferenciació per àmbits perquè els motius pels quals es maltracta són diferents, i perquè la detecció i l'abordatge també són diferents.

### **1. Intrafamiliars:**

---

- manca d'informació
- manca d'estratègies
- manca d'ajudes tècniques
- relacions familiars conflictives.

### **2. Fora de la família:**

---

- manca de pressupostos
- manca de llits
- excessiva «administrativitat»
- por de «com fer-ho» i si m'equivoco
- poc respecte vers la persona com a tal.

### **Com podem detectar-ho?**

---

Des de l'atenció social primària podem detectar-ho durant les entrevistes, al despatx i al domicili.

Entrevista: és l'única eina que ens permet una recollida sistematitzada d'informació per poder avaluar un maltractament

intrafamiliar. És molt important una escolta activa i atenta, una gran sensibilitat en l'observació, i una actitud molt receptiva.

Si en la recollida de dades durant les entrevistes i les visites a domicili, treballem la hipòtesi que hi ha un maltractament, el que hem de fer és parlar amb la resta dels recursos que atenen aquesta persona i fer una avaluació des de tots els recursos, una avaluació interdisciplinària, per poder després dur a terme una intervenció també interdisciplinària. MODEL BIOPSIICOSOCIAL.

Cal aprofundir en la detecció, investigar sobre les relacions familiars, sobre la història de la família, sobre les pors, els sistemes de creences, les aliances... Aquesta investigació sobre les relacions familiars serà la que ens permetrà apropar-nos a un diagnòstic i fins i tot ens donarà eines per a treballar.

Des de l'atenció primària poques vegades (si no és que sigui denunciat) detectarem un maltractament físic o sexual, però sí des de la sanitària.

Per això, i pel model que hem d'utilitzar, és important treballar en xarxa, i si un cop feta l'avaluació confirmem la hipòtesi que hi ha un maltractament, hem de treballar amb la persona gran perquè en sigui conscient, que normalment ja n'és, però perquè faci i ens deixi fer el que sigui necessari, segons el grau i el tipus de maltractament.

Si la persona, malgrat l'evidència del maltractament, no vol que fem res, haurem de respectar-ho. De totes formes, penso que en aquests casos un bon acompanyament/suport d'aquesta persona, i un bon treball amb la família (informació, estratègies, recursos, suport...) pot esdevenir un element per frenar aquest maltractament.

Per acabar posaré alguns indicadors, als quals s'han d'afegir els sanitaris, que ens han d'ajudar a una detecció acurada dels maltractaments:

- aïllament social
- cuidador inadequat per alteracions psicològiques, trastorns mentals, addicció a l'alcohol
- higiene inadequada
- vestimenta inadequada

- habitatge en males condicions (brutícia...)
- habitatge sense els serveis necessaris
- demandes d'atenció constants, sense una demanda clara
- relacions familiars complexes
- rebuig familiar
- negació de l'atenció que se li ha de donar, malgrat tenir recursos econòmics
- no acceptar la intervenció dels professionals
- negligència en les prescripcions terapèutiques
- donacions en vida dels béns
- ingressos de la persona gran, necessaris per al sosteniment de la família
- pèrdues freqüents de cèntims, joies i objectes valuosos

Fins ara he parlat del maltractament intrafamiliar, crec que, evidentment, en els maltractaments fora de la família, cal anar per la via més ràpida, de demanda de més recursos, de respecte de la persona com a persona i de la denúncia.

## REFLEXIONS PER MILLORAR EL TRACTAMENT EN LA GENT GRAN

---

*Sra. Teresa Ballester, psicòloga clínica*

Aquesta comunicació té a veure amb com és de necessària la paraula quan treballem amb persones.

Paraula que la institució pot considerar important i crear uns canals de comunicació perquè en l'equip aquesta paraula pugui circular.

Paraula que els professionals de l'equip hem de saber donar a la persona que atenem.

Comentaré molt per sobre un punt de la constitució psíquica en què la paraula i el desig ens transformen en humans.

A l'inici de la vida, quan neix l'humà en estat de dependència total, necessita un altre que, a més de cobrir-li les necessitats el desitgi i n'espera quelcom. Si aquesta dimensió de desitjar-lo no es produeix, el bebè pot morir.

Per passar de ser un ésser vivent a la vida de l'humà: «ser un subjecte de paraula i desig», calen una sèrie d'operacions i de funcions que si no es produeixen alteren greument el procés humanitzador.

El primer temps de vida de l'humà està marcat pel malestar que causa la insuficient adaptació a les condicions d'un nou ambient. Quan el nadó plora, aquest primer crit es converteix en llenguatge en el moment que hi ha un altre que el codifica, i diu ara plora de gana, ara de son... i aquestes interpretacions al cap d'un temps es converteixen en veritat. Per què? Perquè en el nadó hi suposem un ser de llenguatge.

Aquest altre que l'humà necessita compleix una funció:

*«Transmetre el desig de vida per mitjà d'una llengua».*

La paraula i el desig s'articulen en les primeres operacions de la constitució psíquica, i és la transmissió del desig lligat al llenguatge, cosa que possibilita que sorgeixi un nen de paraules que demana.

Gràcies a la seva trobada amb l'altre, l'ésser vivent pot passar pel procés que el constituirà com a subjecte de l'inconscient, i per tant passarà de ser desitjat a voler coses i desitjar.

Aquesta operació deixa una empremta de dependència cap a l'altre. Aquesta empremta ens acompanya tota la vida, i tenim una estructura per parlar i desitjar. (Per aquesta empremta ens podem explicar la síndrome d'Estocolm: el desenvolupament per part del segrestat d'unes vies afectives cap al segrestador.)

Al llarg de la vida ens trobem amb molts altres, «escola», «universitat», «carrer», «geriàtric»? , que ens donen l'oportunitat d'anar sent nosaltres mateixos i continuar desitjant.

A la institució geriàtrica, amb les seves diverses modalitats, quan arriba l'humà ja gran, i amb certes malalties i dependències de l'altre, ha de cobrir moltes necessitats.

El geriàtric representa per al vell l'altre que tè cura de les seves malalties, amb els fàrmacs i les cures del seu cos, l'altre de la higiene, de l'alimentació, del control, de les activitats.

Després d'un diagnòstic de demència, ja sigui neurològic o familiar, les interpretacions que es fan dels seus símptomes canvien i les relacions socials que tenien establertes desapareixen, i: ràpidament es despulla el vell de ser un subjecte de desig i paraula i tot és interpretat com a conseqüència de la malaltia.

El geriàtric concebut com un centre de salut, pot plantejar se anar més enllà de cobrir les necessitats? Pot plantejar-se la dimensió del desig, en l'humà?

Perquè això suposa continuar creient que l'humà, encara que vell i malalt, continua parlant i desitjant.

Comentaré dos moments  
de la meva pràctica a l'hospital de dia:

---

1. L'entrada a la institució és un bon moment per escoltar una mica més enllà del que cada professional de l'equip multidisciplinari té com a objectiu específic, podem escoltar:

*COM HO VIU EL VELL? Quines ganes té ell/ella de venir?*

El que els professionals sabem és que tot canvi que altera negativament un estat anterior provoca un dol.

Per tant, l'entrada a la institució marcarà un canvi en el vell, que hem de poder valorar.

Aquest canvi, com tots els canvis, conté una separació i una pèrdua, i això s'ha d'elaborar per poder donar lloc a l'adaptació.

Quan el que expressa el vell està carregat d'angoixa, és inevitable a vegades que les nostres emocions i sentiments ràpidament responguin tapant el dubte.

Hem de saber que així taponem, dificultem l'entrada a la separació que han d'elaborar.

Hem de poder acceptar la manera particular que cada vell té de viure el canvi i deixar que l'expressi amb les seves paraules, donar-li el seu temps, i facilitar-li el professional psicòleg, per elaborar el que de pèrdua suposa, facilitant així l'adaptació a les noves circumstàncies.

**2. El moment de les activitats.** Les activitats es programen per al manteniment i la promoció de les capacitats funcionals.

En fer amb ells les activitats veiem com n'és d'important el que pot i el que vol o consenteix fer i veiem també com les capacitats funcionals ocupen un lloc secundari.

Quantes vegades ens trobem en el fet que l'avaluació ens diu que sí, que té conservades determinades capacitats per fer determinada activitat, però no la fa!

És a dir, que entra en joc el seu desig.

Ens adonem del seu estat d'ànim i la funció que compleix en la rehabilitació i en totes les activitats.

*La pregunta a fer-nos és: QUÈ DESITJA ELL/ELLA?*

Si entenem que la vida és l'obertura al desig, l'obertura a l'altre, i volem mantenir en vida els nostres vells, això comporta mantenir operatius els vincles i els interessos, per minúsculs que aquests siguin.

Com mantenir viu el desig del vell? Com fer sorgir el desig, quan el vell està tancat en la seva posició regressiva d'objecte de rebre atencions? Com fer-ho perquè passi de la posició passiva a voler coses i desitjar?

TAULA 2:

---

FACTORS DE RISC,  
PREVENCIONS, PERFIL  
DEL MALTRACTADOR  
I PERFIL DE LA VÍCTIMA.  
TRACTAMENT  
DES DEL DRET CIVIL



Moderador:

*Sr. Joaquim de Toca i de Clurana*

Ponents:

*Sr. Josep M. Prat i Sàbat,*

*Sra. Adela Gejo,*

*Sra. M. Antònia Traïd Garcia,*

*Sra. Montserrat Coma i Solé*

Comunicacions i debat





# FACTORS DE RISC, PREVENCIIONS, PERFIL DEL MALTRACTADOR I PERFIL DE LA VÍCTIMA. TRACTAMENT DES DEL DRET CIVIL

---

*Sr. Joaquim de Toca de Ciurana, psicòleg*

QUALSEVOL acció que pot derivar en un maltractament es desenvolupa en un context en el qual juguen diversos elements:

- un escenari: un domicili familiar, una institució residencial, un habitatge aïllat en un medi rural, etc.
- uns personatges: la víctima i el victimari
- un guió: a vegades s'explica per un motiu ben simple; sovint, però, és complex.
- normalment, si no sempre, amb còmplices.

La nostra taula té l'encàrrec d'analitzar «el risc» que es produeixi l'acte del maltractament. Som-hi!

D'entrada, per perfilar i dissenyar el guió m'agradaria avançar uns pressupòsits:

1. La gent gran, sobretot en l'etapa de la dependència, és un col·lectiu de risc.

Això encara avui no està assumit. Tenim clar que la infància, per exemple, és un col·lectiu de risc. El conjunt de la societat està oberta a prendre mesures de protecció a les nenes i nens desprotegits. Cada vegada més la violència contra les dones és blasmada per la immensa majoria de persones.

La gent gran encara no mereix aquesta atenció. En aquest sentit, el risc de patir maltractaments és major.

2. El segon pressupòsit parteix d'una constatació demogràfica: a l'Estat espanyol, segons fonts de l'INE i d'IM-SERSO, hi ha una població d'1.423.962 persones de més de 65 anys en situació de dependència.

Malauradament hi ha pocs estudis epidemiològics. Una experta en el tema, M. Teresa Bazo (any 2001) detecta un 4,7 % d'incidència del fenomen del maltractament, en un estudi fet en diverses comunitats autònomes.

Es fa urgent detectar els casos de maltractament. I per això cal posar-se immediatament a prendre mesures, per conèixer a fons la problemàtica del col·lectiu.

3. El tercer pressupòsit: La mateixa enquesta de l'INE (vegeu *El País* del 16 de març de 2003) constata que el 77% de persones dependents són ateses per familiars. I només el 21,7% són ateses per professionals.

Molts estudis sobre salut poblacional demostren que el grup social de treballadores/cuidadores, és a dir, el conjuge, la filla o la germana, s'estan convertint en un grup de risc: màxim estrès, màxim esforç, màxima responsabilitat, mínima possibilitat d'atendre les seves pròpies necessitats, perquè no hi ha «cures per a les cuidadores».

I en aquest mateix context, en el cas de les famílies que disposen de recursos suficients per contractar cuidadors/res aliens/es, es troben amb uns professionals que, llevat d'honrosíssimes excepcions, no estan preparats, i sovint, tampoc motivats. L'atenció a la gent gran és un mercat en creixement. El mercat sí que ha descobert la importància del que representa el col·lectiu de persones grans. La societat, encara no!

4. Per últim, cal dir que no tractem només d'un problema sanitari. El maltractament té a veure amb danys físics i també: amb el menyspreu, la coacció, la manipulació econòmica, la segregació per l'edat i pel sexe, la mirada indiferent, més i tot, la manca de «mirades», l'aïllament social, etc.

És per això que ens trobem persones de diferents àmbits professionals.

I avui i aquí parlem de risc, de factors de risc, dels perfils humans de les víctimes i dels victimaris...

La Sra. M. Antònia Traïd Garcia del Col·legi de Treballadors i Treballadores Socials, treballa a l'Hospital de Sant Pau. Ens

explicarà els factors de risc i el tema de la prevenció.  
La Dra. Montserrat Coma i Solé de l'Institut Català de la Salut, ens parlarà dels elements que configuren la prevenció.

La Sra. Adela Gejo Bartolomé, infermera d'atenció a domicili, ens informará del «protocol de detecció de maltractaments».

El Sr. Manuel de Eugenio, advocat, des de la perspectiva del Dret civil, emfatitzarà aspectes com les darreres voluntats, etc.

# TUTELA VOLUNTÀRIA O AUTOTUTELA

---

*Sr. Josep M. Prat i Sàbat, advocat*

Regulada en l'article 172 del Codi de família.

Implica que una persona, plenament capaç, designa la persona o persones que hauran d'exercir la seva tutela en el supòsit que sigui incapacitada.

Aquesta designació pot recaure en una sola persona o en diverses, bé de manera conjunta, bé de manera successiva. En aquest cas, preval l'últim designat.

Quant al seu contingut, es pot establir el funcionament de la tutela, el seu contingut, especialment pel que fa a la cura de la persona, substitucions entre tutors, exclusió de determinades persones, i fins i tot la possible remuneració que ha de percebre el tutor.

Es permet la impugnació dels nomenaments en el cas d'haver-se canviat les circumstàncies vigents en el moment de fer la designació (per exemple, si es designa el cònjuge i després es produeix un divorci).

És imprescindible que la designació es faci en escriptura pública. Aquests nomenaments es faran constar per a la seva publicitat en el Registre de Nomenaments Tutelars no Testamentaris. També aquesta autotutela es pot posar en relació amb la possibilitat de donar instruccions relatives als tractaments mèdics per mitjà del document de voluntats anticipades («testament vital»), i que pot operar de manera independent a la declaració d'incapacitat. En concret, en aquest document la persona interessada pot designar un representant perquè la substitueixi en el cas que no pugui manifestar pel seu compte la seva voluntat, i que serà el seu interlocutor vàlid amb el metge o l'equip sanitari.

## Cens vitalici

---

Amb aquesta figura es transmet a una persona (censatari) la propietat d'una finca, gravada amb la càrrega de pagar una prestació periòdica anual de caràcter vitalici a una persona

(censalista) durant la vida d'una o dues persones que visquin en el moment de la seva constitució (art. 28 Llei de censos).

Normalment, el censalista és la persona que transmet la propietat de la finca, qui també constitueix la pensió per durant la seva pròpia vida. Ara bé, això no esgota totes les possibilitats d'aquesta figura, ja que l'afavorit per la pensió pot ser una persona distinta a la que transmet la finca gravada. Igualment, la durada pot estar en funció, bé de la vida del transmetent de la finca, o bé d'una altra o unes altres persones, incloent-hi un tercer.

Així, un cas típic de cens vitalici podria ser el d'una parella que transmet la propietat del seu habitatge (ja sigui propietat d'un sol d'ells, ja sigui propietat conjunta de tots dos) a favor d'una altra persona, però reservant-se el dret de percebre la pensió vitalícia fins a la mort de l'últim d'ells.

Aquest cens pot recaure sobre qualsevol finca immoble, rústica o urbana. Per aquest motiu, qui el constitueixi ha de tenir la plena disposició sobre la finca.

La forma normal de constitució és per contracte, transmetent la propietat de la finca, reservant-se qui la transmet el dret de cens sobre aquesta. Externament es crea en forma de compra-venda de la finca, en la qual l'adquirent no en paga un preu cert, sinó una quantitat aleatòria en forma de prestació periòdica vitalícia. És imprescindible que s'atorgui en escriptura pública, sense la qual no produirà efectes, i s'ha d'inscriure en el Registre de la Propietat. També és possible fer-ho per disposició d'última voluntat.

Quant a l'efecte, el censatari es converteix en propietari de la finca, gravada amb la càrrega de la prestació periòdica vitalícia. També es permet que qui transmet la finca a canvi de la pensió es reservi, amb caràcter vitalici o temporal, un dret d'usdefruit o d'habitació sobre la mateixa finca, la qual es consolida amb la propietat quan s'extingeix el cens. El censatari té dret a transmetre la finca, però sempre amb la càrrega del cens.

El censalista té el dret a percebre la pensió. La seva quantia es fixa normalment en funció dels possibles anys de vida que restin a la persona o persones per la vida de les quals es constitueix

el vitalici. En cas de mancar una clara equivalència entre la quantia de les prestacions periòdiques anuals i el risc que assumeix el censatari, es podria demanar la declaració d'ineficàcia del cens. Així, es preveu legalment en el supòsit que la persona o persones sobre la vida de les quals s'ha constituït moren com a conseqüència de malaltia existent en el moment de la constitució, dins del dos mesos següents a aquesta. S'exceptua el supòsit que aquesta malaltia fos coneguda pel censalista.

Si el cens s'estableix a favor de dues persones i una d'elles mor o no accepta el cens, s'incrementa la quota de la pensió que correspon a l'altra.

Pel que fa al pagament de la pensió, es pagarà de la manera convinguda durant la vida de la persona o persones sobre les quals s'ha establert. Quant a la pensió corresponent a l'any en què mori el censalista, si es paga per anualitats vençudes, s'haurà de pagar als seus hereus la part proporcional als dies que hagi viscut. En cas de ser per anualitats avançades, la pensió corresponent a l'any de la defunció es paga íntegrament, sense cap dret a devolució.

El cens s'extingeix normalment per la mort de la persona o persones sobre la vida de les quals s'ha constituït, d'aquí el mateix nom de la institució. Existeixen altres causes d'extinció, com la pèrdua total de la finca per reunir-se en una mateixa persona les condicions de censalista i censatari (consolidació), per prescripció de trenta anys des del dia en què el censatari deixa de pagar la pensió, o per renúncia del censalista. En principi, no té aplicació l'extinció per redempció, tret que s'hagi pactat expressament.

## TESTAMENT VITAL

### REGULACIÓ:

Catalunya va ser pionera i promulgà la Llei 21/2000

Registre de Voluntats Anticipades (Catalunya)

Decret de 25.06.2002

### FORMA:

Per escrit en totes les autonomies, tot i que a Catalunya, Galícia, Extremadura, Aragó, Navarra i Cantàbria permeten fer-ho de dues formes diferents:

- a) Davant el notari
- b) Davant de tres testimonis, dos d'aquests no poden tenir relació familiar fins al segon grau.

**CATALUNYA:**

Amplia la condició dels testimonis que no poden tenir ni relació laboral, ni patrimonial ni matrimonial o d'afinitat.

**ESTATAL:**

Llei orgànica 41/02. Entra en vigor el dia 15.05.03.



## EXPERIENCIA EN LA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE MALTRATOS A LOS ANCIANOS

---

*Sra. Adela Gejo Bartolomé, PADES, l'Hospitalet*

Conscientes de la existencia de maltrato a las personas ancianas, creemos en la necesidad de elaborar líneas de prevención, detección y actuación para evitar que sucedan o bien poner límites y cese del maltrato, evitando así secuelas más graves.

La experiencia como equipo de atención domiciliaria me ha permitido reflexionar que tenemos que disponer de tiempo y sensibilidad hacia el tema, y que cada individuo como persona merece ser tratado y cuidado con dignidad hasta el momento de su muerte.

El maltrato en el seno familiar ocurre con mayor probabilidad cuando el anciano padece enfermedad que afecta a su funcionalidad (aumentando así su vulnerabilidad), cuando la relación con su familia carece de comunicación, existen trastornos psiquiátricos, la violencia dentro de la familia es el modo de relación, el anciano sólo quiere que le cuide una persona y ésta se encuentra sumamente estresada... Todo ello son factores a tener en cuenta en el momento de elaborar un protocolo de detección de maltrato.

Para la elaboración del protocolo es necesario basarse en el programa de atención a la dependencia y asesoramiento jurídico sobre el tema, así como profundizar sobre las características del maltrato (tipos, factores socioculturales, factores de riesgo, perfil de la víctima, perfil de la persona que comete el abuso...).

Este documento pretende ser sintético y práctico con un lenguaje y un mensaje claro que permita disponer de una secuencia ordenada de aspectos a trabajar.

El objetivo general es detectar situaciones de riesgo de maltrato en personas ancianas en el ámbito familiar a través de indi-

cadores que nos permitan valorar el riesgo y grado físico, sexual, psicológico o económico.

Los objetivos específicos van encaminados a:

- Unificar criterios de actuación entre instituciones.
- Establecer instrumentos de determinación de riesgo y nivel de gravedad.
- Coordinación interdepartamental.
- Detección precoz de situaciones de maltrato.
- Crear un sistema de recogida de datos.
- Dar a conocer a todas las instituciones competentes las situaciones de riesgo.

El protocolo tiene que ser una herramienta de trabajo que sirva para todos los profesionales, y que cada profesional encuentre su implicación y responsabilidad en la gestión de la situación de maltrato. Para conseguir la aplicación del protocolo se precisa un debate profesional, un reconocimiento público del problema y una legislación específica.

# ELS FACTORS DE RISC SOCIAL. POLÍTIQUES DE PREVENCIÓ

---

*Sra. M. Antònia Traïd Garcia*, DTS Hospital Sta. Creu i St. Pau (Barcelona)

## 1. Evolució demogràfica vers recursos

Escassetesa de serveis socials, personals i comunitaris, que permetin atendre poblacions ancianes amb incapacitats.

El «boom» dels nascuts després de la Guerra Civil Espanyola; una generació al voltant dels 65 anys que ha tingut pocs fills. La piràmide demogràfica invertida.

Espanya té un 24% de la població per damunt de 65 anys que viuen sols. (El 41% entre les dones per damunt d'aquesta edat.)

Al mateix temps, té el percentatge menor de la població per damunt de 65 anys que rep serveis domiciliaris (0,8%), molt per sota del 4% al 15% en altres països de la UE.\*

I el nombre menor de places en cases d'atenció al malalt crònic o incapacitat i residències d'ancians.\*\*

## 2. Les causes dels maltractaments:

### a) Les incapacitats:

Físiques, dependència per a les activitats de la vida diària  
Senilitat  
Demències.

### b) Els problemes dels cuidadors:

De salut  
Laborals - econòmics  
De conducta  
Addiccions  
Malalties mentals.

### c) El maltractament institucional.

En el sentit més general, aquest maltractament es produeix quan una institució de serveis fracassa en l'exercici de les seves funcions específiques o bé genera malestar en l'usuari que, suposadament, hauria de beneficiar-se d'aquestes. \*\*\*

En aquest sentit, hem de referir-nos a la manca de polítiques de prevenció d'aquelles situacions de risc que evidenciem a diari, molt sovint quan ja és massa tard per reconduir la situació de manera positiva.

Cal esmentar també aquells maltractaments que són fruit de la manca de coordinació entre institucions i entre les diferents instàncies dels serveis socials i sanitaris. Aquesta mancança dificulta i molt sovint impedeix la prevenció dels factors de risc.<sup>\*\*\*</sup>

Cal tenir en compte algunes propostes interessants que s'han vist recentment a la premsa (projectes de xarxes de serveis personals per afavorir l'atenció als ancians i discapacitats i la reinserció laboral), formant part dels programes socials de corporacions municipals i metropolitanas.

### 3. Els recursos a potenciar:

Socials:

- a) La preservació de l'àmbit personal de la gent gran.  
Atencions a domicili
- b) Les associacions
- c) El voluntariat
- d) Programes de suport econòmic a les famílies («Viure en Família»)
- e) Noves iniciatives (com el Programa «Viure i Conviure»).

Sanitaris:

- a) Programes d'altres planificades
- b) La coordinació entre nivells assistencials
- c) L'assistència sanitària domiciliada.
- d) El suport als cuidadors.

## BIBLIOGRAFIA

---

<sup>\*\*\*</sup> NAVARRO, Vicenç. *Neoliberalismo y Estado del Bienestar*, pàg. 112-113. Ed. Barcelona, Ariel, SA: 1997 i 2000.

<sup>\*\*\*</sup> LINARES, Juan Luis. *Del abuso y otros desmanes*. El maltrato familiar, entre la terapia y el control. 5. El maltrato institucional, pàg. 81 al 109. SA Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 2002.

# PREVENCIÓ EN MALTRACTAMENT A LA GENT GRAN

---

*Dra. Montserrat Coma i Solé, metgessa*

Prevenció primària és actuar sobre els factors de risc del maltractament.

Prevenció secundària seria detectar de manera precoç els casos de gent gran que està patint maltractaments.

No hi ha dades sobre factors de risc de maltractaments en el context espanyol i per tant fem inferència de les dades d'altres països que poden ser semblants des del punt de vista cultural, tot i així s'ha de ser prudent perquè la realitat a Espanya és fins ara diferent a la dels països dels quals inferim les dades.

Segons la societat espanyola de geriatria, el 97% dels ancians a Espanya viuen en la comunitat (entenen per comunitat en els seus domicilis), i el 20% sols, i aquest percentatge arriba al 30% si parlem de dones de més de 75 anys. Només un 3% viu en institucions (s'està lluny dels percentatges que es produeixen a Europa respecte al fet de viure sol o en una institució); per tant parlaré més dels factors de risc que afecten la majoria d'ancians no institucionalitzats que dels factors de risc de ser maltractat en una institució.

Els factors de risc poden ser dependents de la víctima, dependents de l'agressor, dependents de l'entorn o estructurals i factors de risc en institucions.

(Cal aclarir que utilitzem el concepte agressor tot i que no és del tot adient perquè implica una participació activa en el maltractament i en molts casos de negligència la participació és passiva).

Els factors de risc lligats a la víctima són:

---

- La vulnerabilitat és un factor de risc molt important, i pot ser física, mental o psíquica com demència i emocional com estats depressius, ansiosos. (Aquest factor es troba en els treballs de recerca recents i passats de la bibliografia com, per exemple, en la National Clearinghouse on Family Violence

and Mental Health Division, del Departament de Sanitat de Canadà el 2002, o els estudis duts a terme a l'Hospital de Mazamet el 1998 a França.)

- El deteriorament ràpid que suposi una pèrdua de les activitats de la vida diària i que precipita uns esdeveniments que no deixa temps per fer una reorganització i adaptació dintre del context familiar, també ha estat considerat un factor de risc.  
No obstant això, no s'ha trobat una correlació entre la severitat o el grau de la dependència i el maltractament, és a dir, els més dependents no són els més maltractats.
- L'aïllament social, la manca de suport i d'interrelació, sigui formal o informal, encercla els problemes i fa que el que passi a la família o al domicili sigui una qüestió absolutament privada (la família com un santuari on els mateixos professionals tenen por a intervenir).
- La cohabitació ha estat un factor de risc perquè els maltractaments a la gent gran han estat lligats a la família, en primer lloc esposos i fills.
- El cercle de violència familiar. La violència com a comportament après dintre de la família com a resposta als conflictes.
- També estadísticament s'associa al fet de ser dona més gran de 75 anys.

#### Factors dependents de l'agressor (en alguns casos és també el cuidador)

- Esgotament i estrès en la cura, que es pot mesurar per l'escala de Zarit; es preveu un esgotament entre els 5 a 9 anys de cura.
- Cuidador que pateix crisis personals com divorci, dol, problemes econòmics, problemes de salut, etc.
- La solitud i l'aïllament del cuidador en la cura, no compartir la càrrega ni tenir cap influència ni cap control extern.
- La immaduresa o poca preparació per tenir cura d'un ancià pot crear falses expectatives respecte al futur o pot culpar el mateix ancià de la situació.

- Cuidador que ho fa a disgust per sentir-se lligat a una situació que li suposa una manca de llibertat personal.
- Persones que tenen trastorns mentals (sovint són fills o parents amb problemes que romanen al domicili familiar per tenir handicaps que els impedeixen la seva integració social autònoma).
- Drogodependències en el nostre medi; en primer lloc hi ha l'alcohol, també l'heroïna etc.
- Dependència econòmica de la víctima.
- Conflictes de relació o manca de relació afectiva tant en el passat com en el moment de la cura entre l'agressor i la víctima.

#### Factors dependents dels entorns

- Com la pobresa, tot i que el maltractament pot produir-se en qualsevol medi i classe social, hi ha factors aglutinants amb la pobresa, com ara la falta de recursos materials i personals.
- Els canvis culturals com qui assumeix la cura de la gent gran dins de la família, que tradicionalment han estat les dones però que hi ha un inici de canvi. Els diversos papers que cada membre de la família té adjudicat com a part d'aquesta es desconfigura i no es compleixen els patrons acceptats fins ara en la nostra societat; hi ha també desvinculació de la cura per part de la família, sobretot si viu lluny.
- L'edatisme o *ageism* dels anglosaxons és la discriminació de la gent gran per l'edat, i aquest és un aspecte ben arrelat amb uns estereotips socials que la vellesa és una etapa d'incapacitat que tan sols afegeix cost social sense retribucions a canvi, passa tota la societat i també al món sanitari (els ancians són els que més gasten, més ingressen, més reingressen....), i es donen dades que tot i sent certes poden generar una hostilitat vers el fet de ser vell. Aquesta sensació de no servir per a res la tenen també els mateixos ancians.

Tradicionalment s'ha vist el maltractament a la gent gran com els abusos comesos per uns cuidadors esgotats, estressats, poc preparats, amb problemes mentals o toxicomanies, amb

problemes econòmics, etc. que maltracten un ancià dependent que no es val per a fer-se les activitats bàsiques o instrumentals de la vida diària i que, per tant, acompleixen perfectament els papers de víctimes i d'agressors. Però tot i que aquesta és una realitat, quedar-se només en aquest retrat és tenir una visió esbiaixada del problema.

Segons els estudis publicats per la NCEA, els esposos són els cuidadors en un 48% dels casos i són les dones en el 72% que hi dediquen de 40 a 60 hores a la setmana, després són les filles, seguides dels fills que exerceixen com a cuidadors principals i que hi destinen una mitjana de 15 a 30 hores setmanals. Tenir cura d'una persona gran, tot i tenir compensacions emocionals, representa un impacte per a la vida de les persones cuidadores tant en el seu benestar (món de relacions, activitats lúdiques i temps lliure) com en la seva salut (comptat en dies de malaltia, depressió, ansietat), i és clar que les persones que tenen cura d'ancians amb dependència severa s'han d'aixecar a la nit, se senten totalment absorbides, i pot disminuir la seva autoestima. No hem d'oblidar que moltes persones grans amb demències són agressives o tenen trastorns severes del comportament que fa que siguin violentes amb els seus cuidadors.

Per tant, per fer prevenció primària sobre els factors de risc, s'ha de tenir en compte moltes vegades les causes dels abusos i determinar exactament quins són els factors de risc més importants. Aquest ha estat un motiu de controvèrsia des de fa anys.

Coyne, el 1993, diu que la possibilitat de patir maltractaments augmenta a mesura que augmenta el nivell de necessitat de cura (definit en ítems d'hora-cura/dia), però altres autors, com Pillemer, no troben el mateix el 1992 i defensen la idea que depèn més de la relació prèvia entre cuidador i pacient i de la personalitat del cuidador que del grau de dependència de l'ancià, i aquesta opinió és defensada també per Reis i Nahmiash l'any 1996 i en l'actualitat.

Valorar «famílies en risc» més que persones en risc és el més defensat per la majoria d'autors.

Desfer-se de l'esquema víctima - agressor pel que fa a prevenció i actuar sobre la situació de risc.



Prevenir l'estrès del cuidador, donar suport a la gent gran per a planificar la seva vellesa, tenir recursos reals i a l'abast de la població necessitada.

#### Serveis d'atenció domiciliària

- Atenció personal (treballador familiar)
- Informació, assessorament, orientació i derivació
- Diagnòstic, tractament i avaluació (treballador social)
- Neteja de la llar, servei de bugaderia
- Àpats a domicili
- Servei de telealarma i teleassistència
- Biblioteca i videoteca
- Podologia
- Perruqueria
- Ajuts tècnics.

#### Prestacions econòmiques

- Ajudes econòmiques a persones per tenir cura d'una persona dependent.
- Adaptació, millora i supressió de barreres arquitectòniques.
- Arranjament de l'habitatge
- Lloguers subvencionats
- Desgravacions en material ortopèdic.

#### Programes específics

- Programa «Viure en Família»
- Voluntariat social i associacionisme
- Acolliment familiar per a la gent gran
- Acolliment de persones grans a joves i estudiants («Viure i Conviure»)
- Llars, casals, centres cívics i clubs
- Grups d'ajuda mútua
- Vacances socials i termalisme.

#### Serveis residencials

- Allotjament residencial d'estada limitada (urgències, transeünts...)
- Centres de dia
- Residències permanents

- Residències temporals: vacances, respir familiar
- Serveis residencials
- Llars tutelades
- Llars compartides
- Pisos protegits.

#### Atenció sociosanitària

---

- PADES
- Unitats de llarga estada
- Unitats de convalsència
- Hospital d'aguts
- Unitats de cures pal·liatives
- Hospital de dia
- UFISS
- Unitat de diagnòstic i avaluació dels trastorns cognitius
- Hospital de dia psicogeriatric
- Unitats psicogeriatricues.

Taula de la llista de recursos de què disposem i en gris els utilitzats realment; no són ni la meitat (estudi fet per l'Ajuntament de BCN l'any 2002), en el paper els recursos són molts, però la manca d'agilitat d'aplicació i l'oferta reduïda de places pot ser l'explicació del decalatge entre el que hi ha i el que es fa servir.

La notícia del diari *El País* el 7 de març de 2003 de Catalunya «Solo ocho comarcas disponen de viviendas tuteladas para mayores», «Cataluña con un millón de ancianos oferta 436 plazas de este tipo» pot fer-nos pensar que els recursos només existeixen en els papers.

Planificar les futures necessitats de la gent gran des de diferents disciplines: legal, sanitària i social, mitjançant equips interdisciplinaris i fer una avaluació integral de les situacions, com també promoure la recerca són les recomanacions més universals per a la prevenció del maltractament.

## COMUNICACIÓ:

---

# LA INCAPACITACIÓ DE LA GENT GRAN I POSSIBLES ABUSOS

*Sr. Manuel de Eugenio, advocat*

La notable prolongació de la vida de la gent gran i l'aparició de malalties que requereixen unes atencions importants, fins i tot de persones especialitzades, que en l'àmbit familiar no sempre és possible atendre-les, poden aconsellar l'internament en una residència geriàtrica de les persones afectades.

Si la persona gran accepta de forma voluntària l'ingrés en un geriàtric, lògicament aquesta solució no suposa cap problema per a ningú.

Si la persona gran viu sola, pot sortir la preocupació dels familiars que no estan tranquils amb aquesta situació i aleshores consideren que la millor solució és trobar un lloc d'assistència permanent de la gent gran. El problema apareix quan la persona gran vol continuar vivint sola en el seu propi habitatge i la família consideri millor l'estada en una residència per la qual cosa hi ha el perill d'intentar forçar la situació i com a remei més factible s'intenti aconseguir la incapacitat de la persona gran.

D'altra banda, pot aparèixer la repulsiva intenció, egoista i interessada, d'intentar obtenir l'administració dels béns per tal de resoldre els propis problemes econòmics, mitjançant la petició de declaració d'incapacitat d'una persona gran aprofitant-se de la seva problemàtica situació de soledat o de malaltia. Algunes persones ignoren que la declaració d'incapacitat, total o parcial, d'una persona per a administrar el seus béns, requereix el nomenament d'un tutor, que anualment haurà de donar compte al jutge que hagi intervingut en el procediment d'incapacitat, de com s'han utilitzat els béns, els quals per força hauran d'estar destinats al manteniment i benestar de la persona incapaç i que no es podrà vendre o disposar d'aquests béns sense autorització del jutge, prèvia acreditació de la necessitat de vendre per garantir el benestar de l'incapaç.

En tot cas, sigui quin sigui el motiu, la declaració parcial o total d'incapacitat d'una persona ha de tenir les garanties

processals mínimes per tal d'assegurar els seus drets, els seus interessos i, sobretot, la seva salut i el seu benestar.

L'article 757.3 de la Llei d'enjudiciament civil disposa que: «Qualsevol persona està facultada per posar en coneixement del Ministeri Fiscal els fets que puguin ser determinants de la incapacitació» i l'article 199 del Codi civil determina que:»Ningú no pot ser declarat incapaç si no és per sentència en virtut de les causes establertes en la llei». Aquestes causes d'incapacitat són les malalties o deficiències persistents de caràcter físic o psíquic, que impedeixin a la persona governar-se pel seu compte, tal com disposa l'article 200 del Codi civil.

La facultat de posar en coneixement del Ministeri Fiscal el fet que una persona pugui ser declarada incapaç, té l'avantatge que no són necessàries les intervencions de professionals com advocats, procuradors ni tan sols metges especialistes. Però encara hi ha un altre avantatge, que en el supòsit que una vegada s'hagi presentat la demanda, celebrat el judici i practicades les proves testimonials de familiars i del metge forense principalment, el jutge dicti sentència en la qual es declari que no hi ha motius suficients per a la declaració d'incapacitat. Com que la demanda ha estat presentada pel Ministeri Fiscal, en aquest cas no pot haver-hi condemna en costes, segons disposa l'article 394.4 de la Llei d'enjudiciament civil. D'aquesta manera, totes les despeses del procediment aniran a càrrec del demandat, presumpte incapaç.

Lògicament els fets que puguin ser determinants d'una incapacitat, han d'estar avalats pels informes mèdics pertinents, però l'article 757.3 de la LEC no ho especifica, només parla de donar compte de fets.

Aquesta facilitat de la facultat que qualsevol persona pot posar en coneixement del Ministeri Fiscal possibles fets determinats d'incapacitat, que poden donar lloc a la presentació d'una demanda, té el perill que se'n faci abús quan per qualsevol motiu es vulgui ingressar en una residència una persona gran en contra de la seva voluntat.

No estem parlant de la declaració d'incapacitat promoguda pel cònjuge o persona que es trobi en una situació de fet assimilable,

els descendents, ascendents o germans del presumpte incapaç, que preveu el mateix article 757.1 de la LEC, els quals hauran de contractar advocat i procurador per presentar la demanda amb els informes mèdics pertinents que avalin la possible declaració d'incapacitat.

Aquesta exposició és conseqüència d'una experiència professional que em va afectar sensiblement amb motiu de la lamentable presentació d'una demanda de declaració d'incapacitat d'una persona gran, promoguda pel Ministeri Fiscal a instància d'un familiar segons un informe telegràfic del metge de capçalera, que deia en l'apartat de malalties actives, simplement, «demència senil», i en l'apartat de valoració de la disminució, quan sigui procedent: pacient pendent d'estudi psiquiàtric.

És evident que si el fiscal va decidir, en aquest cas, presentar la demanda de declaració d'incapacitat va ser per la informació complementària i alarmant del familiar que va posar en el seu coneixement uns fets aparentment determinants d'incapacitat.

Però encara hi ha una altra qüestió molt preocupant en aquests casos. La Llei d'enjudiciament civil preveu, en l'article 758, que si el presumpte incapaç no compareix en el procediment amb el seu advocat i procurador, en el supòsit que el procediment hagi estat promogut pel Ministeri Fiscal, se li designarà un defensor judicial, que pot recaure en la mateixa persona que hagi instat la declaració d'incapacitat, com així va ocórrer inicialment en la demanda que es comenta. D'acord amb aquesta disposició, cal fer la pregunta següent: Què hagués passat si el demandat no hagués comparegut amb el seu advocat i procurador, contractats o d'ofici?

Cal fer esment que el jutge ha d'examinar al presumpte incapaç, com així es va fer en aquest cas, i per tant pot saber fins a on arriba la suposada incapacitat o no i, en conseqüència, dictar una sentència desestimatòria.

També cal dir que per circumstàncies sobrevingudes es pot instar un nou procediment per deixar sense efecte la declaració o modificar les condicions de la incapacitat ja declarada.

Certament, que pot ser un cas aïllat que afortunadament no s'haurà produït una altra vegada, però cal tenir cura i evitar

situacions molt doloroses per a la persona afectada, que es veu repudiada i fins i tot desemparada.

L'angoixa que va patir un presumpte incapaç durant sis mesos és una mostra de maltractament psicològic innecessari i greu, a més va haver de fer un gran esforç econòmic per al pagament de l'informe que li va fer un metge psiquiatre, que li va permetre pagar-lo a terminis, i de contractar advocat i procurador, sense que al familiar que va donar compte d'uns fets clarament deformats i parcials al fiscal li costés la més mínima quantitat per despeses del judici.

En l'exposició dels fets, el familiar es va oblidar d'informar al fiscal que el presumpte incapaç, a més de viure sol, anava a comprar el menjar i ell mateix se'l cuinava, es rentava la roba i la planxava, tenia un aspecte de persona neta i ben vestida, i encara més, tenia permís de conduir, que feia poc l'havia renovat superant els preceptius controls mèdics, per la qual cosa es desplaçava quasi cada dia amb el seu vehicle i si no n'hi hagués prou, tenia llicència d'armes, que li permetia anar de cacera amb els seus amics.

Com no podia ser d'altra manera, en l'acte del judici es van posar de manifest totes les proves que van demostrar les evidències que la persona demandada estava en condicions d'atendre degudament la seva subsistència i d'administrar els seus béns sense cap perill, a la vista de les quals el fiscal no va tenir altre remei que retirar, en el mateix acte, la demanda, però el mal ja estava fet.

El ritme de vida de l'actual societat, les preocupacions econòmiques, la inseguretat en el treball, les hipoteques, la prolongació de la vida de la gent gran, poden contribuir que la família no pugui atendre degudament les persones grans i això pot influir que, a vegades, es busqui la solució de l'internament en una residència en contra de la voluntat de la persona afectada.

Si una persona pot viure sola i cuidar-se degudament, amb l'assistència puntual de la família i ocasional dels serveis mèdics i socials que hi ha a la majoria dels ajuntaments, no s'ha d'adoptar una solució d'internament no desitjada i menys de promoure la seva incapacitat si no hi ha fets i motius evidents, avalats per

informes mèdics i psiquiàtrics. Per tant, tots els professionals que han d'intervenir en aquesta qüestió han d'informar amb el màxim rigor i garantia de les possibles mancances de salut d'una persona gran per a evitar-li angoixes i, fins i tot, enfrontaments entre familiars de molt difícil reparació.

TAULA 3:

---

VISIÓ I INTERVENCIÓ  
INTERDISCIPLINÀRIA DAVANT  
ELS MALTRACTAMENTS.  
ACTUACIÓ I FORMACIÓ  
DELS PROFESSIONALS  
I DELS NO PROFESSIONALS.  
INTRUSISME.  
PROTOCOLS D'ACTUACIÓ



Moderador:

*Sr. Albert Abos i Araguas*

Ponents:

*Sra. Teresa Elias Aldosa,*

*Sra. Inma Martínez Veroy,*

*Sr. Salvador Altimir Losada,*

*Sr. Josep Vila i Miravent*

Comunicacions i debat





## BREUS COMENTARIS SOBRE EL DELICTE D'INTRUSISME

---

*Moderador: Sr. Albert Abós i Aragües, advocat*

« Intrusisme *m.* Exercici d'una professió, d'un càrrec, etc., per una persona no qualificada oficialment.»

*Diccionari de la llengua catalana.* Institut d'Estudis Catalans.

« intrusismo. (De intruso) *m.* Ejercicio de actividades profesionales por persona no autorizada para ello.»

*Diccionario de la Lengua Española.* Real Academia de la Lengua.

**Art. 403.** «Aquell que exerceix actes propis d'una professió sense posseir-ne el corresponent títol acadèmic expedit o reconegut a Espanya d'acord amb la legislació vigent incorrerà en la pena de multa de sis a dotze mesos. Si l'activitat professional desenvolupada exigeix un títol oficial que acrediti la capacitació necessària i habiliti legalment per al seu exercici, i no es posseeix l'esmentat títol, s'ha d'imposar la pena de multa de tres a cinc mesos.

Si el culpable, a més, s'atribueix públicament la qualitat professional emparada per l'esmentat títol, se li ha d'imposar la pena de presó de sis mesos a dos anys».

Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal.

### I. Bé jurídic protegit

L'objecte de protecció d'aquesta norma jurídica ha estat la causa de multitud de discussions doctrinals, motivades en gran mesura perquè el delictes d'intrusisme està inclòs en el títol XVIII del Codi penal que tracta de les falsedats.

El caràcter no exhaustiu d'aquest treball, que simplement vol donar a entendre les característiques bàsiques del delictes d'intrusisme pels diferents professionals participants en aquest Congrés, farà que no entrem en l'estudi profund d'aquestes discussions.

Tot i això, i atesa la situació esmentada dins del Codi, podríem arribar a la conclusió que el bé jurídic protegit pel

delicte d'intrusisme seria la «fe pública», entenent que aquesta es vulneraria en els casos en què es viola la confiança que ha de tenir el fet que qui exerceix una professió ho fa en la forma establerta legalment, protegint-se d'aquesta manera el tràfic jurídic i el desenvolupament de certes activitats socials. Cal pensar que estariem davant d'una de les anomenades falsedats personals, i que encara que el tipus bàsic no impliqui una atribució expressa de la qualitat professional, aquesta es produiria implícitament.

Podríem dir que es tracta d'un delicte de perill abstracte que pretén protegir i prevenir danys a altres béns.

Cal pensar que encara que es puguin considerar protegits indirectament amb aquesta norma no es pretén protegir d'una manera principal els béns individuals del ciutadans o els interessos dels col·legis professionals.

Respecte a la protecció individual dels particulars, hem de dir que, encara que evidentment, en general, les professions que poden ser objecte d'intrusisme són les que estan vinculades a béns essencials de l'ésser humà (vida, salut, llibertat, patrimoni...), això no comporta que aquests béns siguin l'objecte principal de protecció del delicte. A aquesta conclusió arribarem si pensem que, als efectes de la comissió de l'il·lícit penal, és indiferent que l'intrús hagi actuat amb el coneixement o consentiment del client, o amb la perícia requerida per l'actuació professional.

D'altra banda, el Tribunal Constitucional s'ha pronunciat en diverses ocasions en el sentit que els interessos particulars dels col·legis professionals no poden ser defensats d'una manera tan intensa com suposa una norma penal, i que l'exigència d'un títol per a l'exercici professional ha de respondre a un interès públic. De fet, el delicte es comet per la falta de titulació, no de col·legiació. Una altra cosa és el deure dels col·legis d'actuar quan tinguin coneixement de casos d'intrusisme.

## II. Conducta típica

El delicte es comet per la realització d'actes propis d'una professió sense posseir el títol acadèmic o oficial necessari segons la legislació vigent.<sup>(1)</sup>

Estem, doncs, davant d'una norma penal en blanc, que vol dir que serà necessari acudir a normativa extrapenal per a conèixer què són actes professionals i quan és necessari el títol per a exercir-los.

En primer lloc haurem de definir què són actes propis de la professió, i en principi seran els que estan descrits en la normativa estatal i en les reglamentacions col·legials. En aquest sentit poden sorgir problemes entre professions que tenen elements o competències comunes (en cas de dubte clar no hi hauria delictes, *in dubio pro reo*), en el cas de les especialitats, etc.

A efectes penals s'ha de dir que no tindran consideració d'actes professionals aquells que pot dur a terme qualsevol particular encara que en moltes ocasions siguin realitzats per professionals (ex.: gestions davant de l'Administració), i evidentment per tenir aquesta consideració han de comportar certa habilitat o coneixements tècnics o científics. Així mateix, en general, no és necessari l'habitud (amb un acte és suficient), però sí que es requerirà que hi hagi retribució, percepció d'honoraris. El tema de la perícia és indiferent, un intrús, encara que doni un bon servei, comet el delictes, un titulat inepte no, al marge de les altres responsabilitats penals o civils que es puguin derivar de la seva actuació.

D'altra banda serà necessari que per a exercir la professió sigui obligatòria la possessió del títol.<sup>(2)</sup> El professional haurà d'ésser una persona titulada amb exclusió de totes les altres.

El Codi penal distingeix entre títol acadèmic (tipus bàsic) i títol oficial (tipus privilegiat), i aplica una penalitat superior al primer cas, se suposa perquè s'entén una major importància en els béns protegits.

S'haurà de considerar títol acadèmic aquell que requereix un cicle d'estudis, una formació continuada, que donaran els coneixements teòrics i/o pràctics necessaris per a exercir una professió. En principi sempre parlarem de títols universitaris *ad hoc* que tenen efectes acadèmics plens i habiliten per a l'exercici professional segons la normativa sobre la matèria.

Per títol oficial haurem d'entendre aquell que, d'acord amb la normativa establerta, capaciti la persona que l'ha obtingut

per a exercir una determinada professió. En general s'exigirà la possessió de certs títols acadèmics o estudis, i la superació d'una prova d'aptitud. Estem parlant de professions com la d'Api, gestor administratiu, etc.

Hem de dir que no cometrà un delictes d'intrusisme qui ha complert amb totes les condicions d'obtenció del títol, encara que no posseeixi materialment el document o el seu resguard, ni tampoc quan hi hagi convalidació o homologació automàtica de títols estrangers, o aquesta s'aconsegueixi sense cap tipus de prova o estudi complementari a l'Estat espanyol.

Tampoc, en general, no cometrien aquest tipus penal els qui actuen sota la direcció d'un titulat (per ex.: un oficial d'una farmàcia).

Respecte als aspectes subjectius de l'intrusisme hem de dir que és un delictes dolós, és a dir, no es pot cometre per imprudència. Bàsicament el que es requereix és que l'intrús conegui la necessitat de titulació per a l'exercici de la professió, no essent necessari un dol específic, un desig d'usurpar funcions alienes.

Cal recordar que el que es castiga és la falta de titulació, no la de col·legiació. A més, l'exercici professional en cas de suspensió o d'inhabilitació tampoc no serà un supòsit delictiu d'intrusisme, al marge de les responsabilitats administratives i/o penals en què es poguessin incórrer.

#### IV. Antijuridicitat i culpabilitat

Breument, i dins d'aquest apartat, hem de dir que l'antijuridicitat s'exclouria en casos d'estat de necessitat (per ex., estudiant de medicina que atén un accidentat).

També cal admetre l'error de prohibició, en el sentit que el subjecte desconeixia la necessitat de títol. En aquest cas s'haurà d'examinar les possibilitats, dins de l'àmbit social i cultural de l'individu, que aquest pugui conèixer que la professió s'ha d'exercir amb títol per imperatiu legal.

## V. Tipus agreujat

L'art. 403 CP agreuja el delicte d'intrusisme en el cas que el subjecte, a més de dur a terme els actes propis, s'atribuïxi públicament la qualitat de professional.

D'una part, hem de dir que entenem que el legislador ha volgut introduir aquest agreujant, que comporta una pena considerablement més greu que el tipus bàsic, en considerar una més gran perillositat i desvalor de l'acció.

Hem de reiterar, a més, que en el tipus bàsic aquesta atribució vindrà implícita, en el sentit que per la seva actuació s'entén que l'individu exerceix la professió titulada.

L'atribució pública consistirà en una manifestació pública expressa i ostensible de la qualitat de professional. En definitiva parlaríem de publicitat dels serveis que es podria dur a terme mitjançant rètols, anuncis, repartiment de targetes... Aquesta atribució s'haurà de fer per mitjans idonis i es pot dur a terme per tercers a qui se'ls hagi encarregat aquesta tasca. Al contrari, no hi haurà l'agreujant quan l'atribució sigui privada o davant del client que s'està atenent.

D'altra banda l'atribució professional pública sense exercir actuacions professionals no donarà lloc al delicte, com a màxim es podria cometre una falta contra l'ordre públic de l'art. 637 CP.

## VI. Autoria i participació

En principi, el delicte d'intrusisme és de mà pròpia, és a dir, no es pot parlar de coautoría (ex.: si dues persones davant d'un mateix client i en el mateix cas exerceixen d'advocats, hi ha dos delictes d'intrusisme), o de comissió per omissió (no evitar un resultat). Tot i això la jurisprudència ha estimat en certes ocasions, per exemple, casos de directors o caps que coneixen que els seus subordinats actuen sense títol i malgrat això els deixen actuar, l'autoria per cooperació necessària en comissió per omissió.

D'altra banda, aquest delicte admet la inducció, la complicitat i l'autoria mediata (ex.: titular de farmàcia sense títol respecte als seus dependents).

Respecte als graus d'execució, es podria admetre l'existència de temptatives, sempre que se superin els mers actes preparatoris. En no ser un delicte de resultat no podrem mai parlar de frustració, ja que el fet de dur a terme un acte professional implica la comissió.

## VII. Responsabilitat civil i concursos de delictes

Atès el tipus de delicte del qual estem parlant (de perill abstracte) no hi hauria la responsabilitat civil, excepte els danys morals que poguessin acreditar els particulars (que no els col·legis professionals).

Una altra cosa seria en el cas que hi hagi concurs de delictes, i que es lesionin altres béns jurídics (vida, integritat física, patrimoni), on sí que sorgirà la responsabilitat civil.

Val a dir, amb relació als concursos de delictes, que, en general, la comissió d'un seguit d'actes d'intrusisme no comporta la comissió de diversos delictes d'intrusisme, sinó la d'un únic (unitat típica d'acció), és a dir, a l'efecte de comissió del fet típic (que no de la graduació de la pena) és indiferent haver dut a terme una o diverses actuacions professionals.

A més, es poden produir situacions de concurs ideal (un sol fet dóna lloc a dos o més delictes o un delicte és un mitjà per a cometre'n un altre), per ex., certes falsificacions, homicidi, lesions..., o de concurs real (diverses accions i diversos delictes), per ex., falsificacions, estafes. Sobre el concurs real amb l'estafa hi ha discussions doctrinals, però la jurisprudència majoritària entén que n'hi ha quan l'intrús no ha cobrat honoraris fora del corrent.

## VIII. Col·legis professionals

Per acabar aquesta exposició, hauríem de fer un breu esment sobre l'actuació que haurien de tenir els col·legis professionals davant l'intrusisme.

En aquest sentit i malgrat que el delicte que hem examinat no pretén protegir els interessos particulars dels col·legis professionals, la funció social que els confereix el fet de ser

corporacions de dret públic, i d'acord amb la normativa vigent (per ex. l'art. 51 de la Llei de col·legis professionals) i les mateixes reglamentacions col·legials, entenem que per part d'aquests s'han de prendre totes les actuacions necessàries per a evitar l'intrusisme, des de fer campanyes preventives, internes o externes, a denunciar els casos dels quals es tingui notícia o comparèixer en les actuacions penals obertes per a aquests delictes.

En aquest sentit hem de dir que tot i que el bé jurídic, com hem vist anteriorment, no són els interessos col·legials, no és menys cert que en la seva qualitat de perjudicats (prestigi de la professió), els col·legis, sense necessitat de formular querrel·la, poden denunciar o comparèixer en les causes penals. Aquesta actuació revertiria en benefici tant dels col·legiats (interessos particulars) com de la societat civil (funció social).

## BIBLIOGRAFIA:

---

- LLORIA GARCÍA, Paz, *El delito de intrusismo profesional*, Ed. Tirant lo Blanc, 2001.  
CHOCLÁN MONTALVO, José Antonio, *El delito de intrusismo*, Ed. Bosch, 1998.  
SERRANO TÁRRAGA, M<sup>a</sup> Dolores, *El delito de intrusismo profesional*, Ed. Civitas, 1997.  
MUÑOZ CONDE, FRANCISCO, *Derecho penal*. Parte Especial, Ed. Tirant lo Blanc, 1996.

<sup>1</sup>- Advocats: Art. 436 LOPJ i art. 6 Estatuto General de la Advocacia (RD 658/2001 «Corresponde en exclusiva la denominación y función de abogado al licenciado en Derecho que ejerza profesionalmente la dirección y defensa de las partes en toda clase de procesos, o el asesoramiento y consejo jurídico.»)

Metges: Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat. RD 1018/1980, de 19 de maig, RD 127/1984 d'11 de gener.

Diplomats en infermeria: RD 2128/9177, de 23 de juliol. RD 11/1980, d'11 de gener.

Psicòlegs: Llei 43/1979, de 31 de desembre, que crea el Col·legi Oficial de Psicòlegs.

<sup>2</sup>- És competència exclusiva de l'Estat, segons l'art. 149.30 CE, la «Regulació de les condicions d'obtenció, expedició i homologació de títols acadèmics i professionals, i normes bàsiques per al desenvolupament de l'art. 26 de la Constitució, a fi de garantir el compliment de les obligacions dels poders públics en aquesta matèria.



---

*Sra. Teresa Elias Aldosa*, infermera

Per començar, permeteu-me fer algunes alusions sobre la persona, la dignitat i la vellesa.

L'home/la dona són sempre una persona humana i en cap de les etapes de la seva vida deixa de ser una persona per passar a ser una cosa. Aquesta dimensió personal, fa que en cada moment sigui algú.

La dignitat de les persones es basa en la convicció que les persones són un fi en si mateixes i no simples mitjans. Les persones tenim autonomia personal, la qual cosa significa que som sobiranes de totes les nostres decisions. Aquesta autonomia personal recau en la construcció de creences, valors, sentiments, etc.; aquests, en tant que «íntims i personals», s'han de protegir.

La persona gran pot haver perdut la memòria, la capacitat per a nous aprenentatges intel·lectuals, la velocitat de pensament o altres aptituds, però per la seva experiència i major domini de si mateixa i de les circumstàncies de l'entorn, al llarg dels anys ha guanyat capacitat de reflexió i judici crític. La persona gran posseeix una gran saviesa teòrica i pràctica de la vida. Sempre conserva la seva dignitat personal.

Si bé actualment hi ha una major sensibilització i preocupació per les persones grans, també hi ha el concepte que envellir és com una desgràcia, un fracàs o un mal. Aquest concepte també difós moltes vegades per les mateixes persones grans, no respon a la realitat.

La percepció dels adults respecte de les persones grans i del procés d'envellir com a problema, condiciona en certa manera la idea d'estereotips (malalts invàlids, dependents) i en particular les actituds sobre la cura de les persones grans amb problemes de dependència, que de vegades porten a situacions d'abús i negligència.

---

#### Preocupació dels professionals

---

El fenomen del maltractament a la persona gran cada cop és més reconegut en l'àmbit del treball sanitari i social.

Sabem que el maltractament no és un fet nou, que passa a totes les edats independentment del gènere, que a les persones que el pateixen les posa en una situació d' indefensió, i que vulnera els principis ètics d'autonomia i beneficència, també afecta directament la qualitat de vida de la persona que el pateix.

Els professionals de l'atenció primària i sociosanitària, quan sospiten casos de maltractament i/o situacions de risc de patir-lo, tenen una especial preocupació, i sobretot quan volen dur a terme accions per resoldre'l.

Exemple:

Ens podem trobar amb una persona gran que és maltractada, que després de diverses actuacions del professional al seu domicili, aquesta persona acabi reconeixent que el seu familiar la maltracta, però que no ho vol posar en evidència, per por, perquè culturalment aquestes coses no poden sortir de l'àmbit familiar... o bé fins i tot pensen que és un fet normal.

Sovint se'ls planteja un dilema ètic i es qüestionen: Què he de fer? Ho dono a conèixer? A on? Podré realment protegir la persona i que no tingui conseqüències negatives per a ella?

Si sumem a la preocupació dels professionals el desconeixement sobre la legislació vigent per a protegir la persona gran maltractada i per contra els casos denunciats es resolen amb poca agilitat, tot plegat fa tenir una sensació de frustració.

### Intervenció interdisciplinària

La intervenció interdisciplinària sobre la víctima, suposa individualitzar cada cas i elaborar un pla d'atenció integral: procurar ajuda psicològica (per reforçar el suport, teràpia conductual), ajuda psiquiàtrica (casos de depressió, ansietat, pors, insomni), ajuda social (allotjament temporal o definitiu a un centre residencial), ajuda mèdica (sobre les lesions físiques), consell i protecció legal (nomenar tutors).

També s'ha d'intervenir prenent mesures sobre l'agressor oferint ajuda per reeducar determinades conductes o penalitzar segons el delictes comès, protegint sempre la víctima.

De totes formes, no tenim encara un espai de coordinació multidisciplinària que permeti avaluar el problema de forma

conjunta, consensuar pautes d'intervenció (crear circuits d'actuació àgils, dissenyar protocols), establir nivells de competència en la gestió dels casos de maltractament.

### La coordinació, una eina de treball

La coordinació és una eina de treball que ens fa falta per avançar en la investigació i la intervenció sobre el fenomen del maltractament a la gent gran.

Aquí també ens hem de preguntar: coordinació, per què?, amb qui?, què fa falta?

La coordinació evita l'atenció fragmentada i parcial. Implica els diferents professionals (metges, infermeres, treballadors socials, psicòlegs, advocats), també organitzacions socials, societats científiques i compromet les administracions.

La coordinació (per avançar en la millora i prevenció del maltractament a la gent gran), s'ha de materialitzar posant en marxa taules tècniques de debat i treball amb el suport i la implicació de les diferents administracions. Serviran per contrastar informació i experiència de les diferents iniciatives que s'estan portant a terme, unificar criteris d'actuació, seleccionar instruments validats per determinar indicadors de risc i nivell de gravetat, proposar un programa dirigit a detectar situacions de risc en l'àmbit comunitari, treballar la formació específica, elaborar un sistema de recollida de dades i d'indicadors d'avaluació i avançar en el camp de la recerca.

### BIBLIOGRAFIA:

1. CABALLERO GARCÍA J. C., REMOLAR M. L. Instituto Vasco de Gerontología Bilbao. *Consideraciones sobre el maltrato al anciano*. Revista Multidisciplinar de Gerontología 2000; 10 (3): 177-188
2. MUÑOZ IRANZO, JORDI. Instituto de Ciencias Neurológicas y Gerontológicas, Universidad Internacional de Catalunya de Barcelona. *Aspectos jurídicos de los malos tratos a personas mayores*. Revista Multidisciplinar de Gerontología 2001; 11 (2): 78-81
3. MONTORO RODRIGUEZ, JULIÁN, Universidad Politécnica de Valencia. Centro de Ingeniería Económica. Unidad de Investigación en Economía y Gestión

- de la Salud (CIEGS). *Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad*. Revista Multidisciplinar de Gerontología 1998; 8:: 21-30
4. FORMENT EUDALD, catedrático de metafísica. Universidad de Barcelona. «La dignitat personal de la gent gran». Revista *Infermeria Geriàtrica i Gerontològica* núm 12.
  5. M. LÁZARO DEL NOGAL. Servicio de Geriatria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. «Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico». Revista *Anales de Medicina Interna* (Seminarios) 2000; volum 17: 51-57
  6. TOMÁS MERÍN CAÑADA. Gabinete de Trabajo Social, Grupo 5, Madrid. «La protección jurídica de las personas mayores». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*; 9: 42-53
  7. PASCUAL Y BARLÉS G. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Sección de Ciencias de la Vejez. Zaragoza. «Demencia, paciente geriátrico y bioética». *Revista de Geriatrika*, 1999; volum 15 : 30-32.
  8. BERNARD PEREZ, L., SERRAT MORET, D., Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. «Aspectos medicolegales en relación con el anciano. Problemas vinculados con la vulneración de sus derechos (I)». *Revista de Geriatrika*. 1999; volum 15 (3): 48-55.
  9. BERNARD PEREZ, L., SERRAT MORET, D., Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. «Aspectos medicolegales en relación con el anciano. Problemas vinculados con la vulneración de sus derechos (II)». *Revista de Geriatrika*. 1999; volum 15 (5): 45-58.
  10. MARAVALL, H., AZNAR, M., VILÀ, A., GONZALEZ, P., GONZALEZ, L., MERIN, T., ASENJO, F., GARCIA, J., FERNANDEZ, M.S., SANJUAN, J.J., FERREIRO, M.J., CARREÑO, MC., ANDRES, J.DE, SANCHEZ, A., MARTINEZ, A., ORTEGA, L., GARCIA, M. A., ROMERO, P., MONTESINO, S., CABRA, M. A. *Gerontología y derecho, aspectos jurídicos y personas mayores*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Editorial Médica Panamericana. 2001.
  11. DECALMER, PETER i GLENDENNING, FRANK. *El maltrato a las personas mayores*. Editorial Paidós. 2000.
  12. Área de Servicios Sociales. Diputación de Barcelona. *Investigació social i gent gran en l'administració local*. Síntesis de metodologías aplicadas y resultados obtenidos. 1998.
  13. Defensor del Pueblo. «Informes, estudios y documentos». (La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos.) *Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología*. Madrid 2000.
  14. Políticas de la AMM. Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato de Ancianos. Adoptada per la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, setembre de 1989 i revisada editorialment a Jerusalem, Israel, maig de 1990.
  15. Col·legi Oficial de Metges de Girona, Opuscle juliol 2001, *Guia per a l'abordatge de la problemàtica mèdica i legal de les persones grans*.

Tot i que aquesta taula tracti sobre la intervenció interdisciplinària en situacions de maltractaments a la gent gran, m'agradaria iniciar la meva ponència parlant de l'antítesi, és a dir, de la no actuació davant d'un fet d'aquestes característiques. Aquest posicionament és determinat, la majoria de vegades, per factors com poden ésser:

- a)** La manca d'informació i de formació sobre els maltractaments a la gent gran
- b)** La manca d'uns circuits adequats i facilitadors
- c)** Per por.

Si ens centrem en aquest darrer factor, és a dir, en la por, hem de tenir en compte que aquesta és pels nostres dubtes a l'hora d'identificar situacions de maltractament i que s'incrementa quan hem d'actuar contra la voluntat de la víctima (no volen denunciar els maltractadors perquè són del seu entorn familiar).

Altres vegades, la no actuació és determinada per una «mala derivació» del cas d'un professional a l'altre, que pot generar en la víctima un sentiment d'abandonament (informació insuficient a l'usuari, manca d'acompanyament en el procés...).

Davant totes aquestes situacions, una part de la solució passa per aprendre a treballar en equip i assumir responsabilitats compartides. La valoració d'un cas de maltractaments ha de ser global i tots els membres de l'equip han de col·laborar a:

- a)** Detectar situacions de risc per tal d'evitar en la mesura que sigui possible els maltractaments (cansament del cuidador, antecedents de violència domèstica en el domicili...).
- b)** Intervenir des d'una perspectiva interdisciplinària (metge-DUE-TS) per tal de modificar actituds i comportaments en l'entorn de la víctima (donar suport al cuidador: SAD, valoració de la seva tasca, formació...).
- c)** Denunciar un maltractament davant els serveis pertinents quan la situació així ho requereixi (incapacitació legal, demència...).

L'atenció primària de salut és un servei accessible i per tant ideal per al coneixement de la persona gran i del seu entorn sociofamiliar. Això i l'existència d'un equip multidisciplinari, permet actuacions globalitzadores que ajuden a introduir canvis en el funcionament de la família o el cuidador de la víctima.

Els nostres esforços com a professionals han d'anar focalitzats en el manteniment de la persona dins el seu entorn familiar i social. Per tant, abans de decidir recórrer a la denúncia hem de valorar la capacitat que té la persona gran per prendre les seves pròpies decisions. Quan ens trobem amb una víctima de maltractaments, que no té alterades les seves capacitats psíquiques i no vol denunciar els fets, s'inicia un conflicte entre els nostres criteris com a professionals i el respecte a la persona i a la seva autonomia.

També hem de tenir present que la denúncia dels abusos pot portar a la institucionalització de la persona gran, la qual cosa significa un trencament dels vincles familiars, que encara que siguin «disfuncionals» són els únics que aquesta coneix.

Hem de vigilar de «no rescatar» la víctima d'un entorn desfavorable per col·locar-la en un altre que encara la pot perjudicar més (és important conèixer la història de vida de la família i la seva dinàmica per tal de no fer una valoració errònia).

Aquestes irrupcions en la intimitat de la persona gran moltes vegades serveixen més per «tranquil·litzar-nos» com a professionals que perquè la víctima se senti realment ajudada (per salvaguardar la responsabilitat legal). La por i el desconeixement poden provocar una «paralització» de la intervenció (no actuació) o contràriament, fer-nos actuar de forma precipitada.

Tots els membres de l'equip hem de centrar les nostres actuacions, en aconseguir que la situació de maltractament desaparegui i recórrer a la denúncia en cas que aquest persisteixi en el temps.

Per tal de poder fer aquestes tasques, els professionals de l'atenció primària de salut hem de:

- a)** Rebre una formació específica
- b)** Disposar del temps necessari per a la detecció i l'abordatge d'aquestes situacions

- c)** Afavorir l'existència d'equips multidisciplinaris (encara manca la figura del DTS en moltes ABF)
- d)** Coordinació entre els diferents nivells assistencials (hospitals, s.s. municipals...).

Però el treball interdisciplinari també té les seves dificultats, i cal plantejar-nos que si treballar en l'equip és tan meravellós, aleshores què ens impedeix fer-ho en tantes ocasions?

Arribats a aquest punt hauríem d'aclarir conceptes com la pluridisciplinarietat, que «és la suma o associació de diferents sabers o disciplines referents a l'objecte d'estudi...»,<sup>1</sup> i la interdisciplinarietat, que «es refereix a una actitud o disposició mental que remet a un estil d'afrontar les dificultats...»<sup>2</sup>

Per poder treballar des d'aquesta segona perspectiva o enfocament, que seria el més òptim, caldria tenir en compte aspectes com:

- a)** El respecte vers tots els companys i les seves respectives professions.
- b)** Aclarir que no hi ha professions de primera i de segona categoria o el que és el mateix, eliminar «les jerarquies laborals» que provoquen intervencions desconexes.

Cal també tenir present, que els treballadors socials no podem assumir un cas de maltractaments tot sols, ni els companys d'equip han de delegar-nos la responsabilitat del treball amb la família i/o la denúncia dels fets.

Per tal de facilitar i optimitzar la tasca de l'equip, és necessària l'elaboració de protocols d'actuació, que ajudin a identificar possibles víctimes de maltractaments i garanteixin una actuació objectiva i coordinada de tots els professionals implicats.

L'objectiu principal dels protocols és garantir la protecció i l'atenció integral a la víctima.

---

<sup>1</sup> Martí, O. Treball Social. Conceptes i eines bàsiques

<sup>2</sup> Martí, O. Treball Social. Conceptes i eines bàsiques

Aquests protocols han d'ésser dissenyats per un equip interdisciplinari format en el cas de l'atenció primària de salut per metge-DUE i DTS, atès que tots ells tenen un contacte directe amb la població del sector i tenen eines per detectar situacions de maltractaments o de risc de patir-los (visites al domicili, seguiment de casos...).

Actualment a l'APS no tenim elaborat cap protocol d'actuació en casos de violència en gent gran.

Hi ha un altre aspecte a tenir en compte a l'hora de parlar de situacions de maltractament, aquest és l'intrusisme (entès com a ingerència en la nostra tasca per part d'altres persones). Pot ser fruit de l'actuació d'altres professionals, i és generat habitualment per la manca de claredat en les funcions de cadascun dels integrants d'un equip, o inclús d'equips sencers. Tot això pot provocar des d'una duplicitat de les intervencions, missatges contradictoris...).

L'intrusisme també pot ser determinat per les intervencions d'altres sectors socials (voluntariat...), que en un intent d'ajudar poden realitzar actuacions o fer comentaris que distorsionin tot el treball fet.

Igual que amb els professionals es fa necessària la formació de col·lectius de no professionals, per tal d'ajudar-los a detectar determinades situacions de risc ( moltes vegades són persones a les quals la víctima té molta confiança) i a no actuar sense la valoració i l'assessorament dels professionals.

Per tal de conscienciar la població en general d'aquest problema, es fan necessàries les campanyes publicitàries, igual que s'ha fet amb situacions de violència a les dones, als infants...

Finalment, vull desitjar que trobades com aquesta ajudin a sensibilitzar-nos vers aquest problema, fins ara gairebé invisible tant per als professionals com per a la població en general.

## PROPOSTES DE MILLORA

---

- a) Necessitat de formació específica per reconèixer els indicadors de maltractament.
- b) Elaboració de protocols d'actuació per identificar possibles víctimes de maltractament i actuar de forma integral per tal de garantir la protecció de la víctima.



## BIBLIOGRAFIA

---

1. Programas Básicos de salud. nº 7. *Programa del anciano*. Ediciones Doyma, 2000
2. García, A. i González, A. «*Protocolos d'actuació en situacions de maltractament de dones i gent gran a l'Hospital General de Catalunya*». Juny 2002
3. *Guia de l'abordatge de la problemàtica mèdica i legal de les persones grans*. Col·legi Oficial de Metges de Girona. 2002.
4. *Treball social. Conceptes i eines bàsiques*. EUTS. ICESB. Barcelona, 1989.

## MALOS TRATOS A LOS ANCIANOS. VALORACIÓN

---

*Dr. Salvador Altimir Losada, metge*

Los profesionales de la salud son los que están habitualmente en disposición de detectar posibles malos tratos. A parte del cuidador, muchas veces son los únicos interlocutores del anciano frágil. La valoración geriátrica integral (VGI) es el instrumento que utiliza la geriatría para identificar cuantitativa y cualitativamente los problemas relacionados con la salud de este grupo de población.

Mediante la VGI se identifica la realidad de las circunstancias clínicas, psicológicas, funcionales y sociales del anciano.

Esto permite, también, monitorizar los cambios en el tiempo y obliga a averiguar la naturaleza de estos cambios. La presencia de malos tratos se podrá reflejar en nuevas alteraciones o evoluciones no esperadas en cualquiera de las cuatro áreas mencionadas.

Los malos tratos pueden ser:

- Físicos
- Psicológicos
- Por negligencia
- Por abandono
- Por abuso económico.

El diagnóstico de los malos tratos es difícil, dado que o bien por temor, o bien por incapacidad física o psíquica, el anciano no puede informar de la situación a la que está sometido.

Siguiendo a Lachs, M. S. (*Abuse and neglect of elderly persons*. Eng, N., Med, J., 1995; 332 (7) 437-443) existen unos signos y síntomas que deben hacer sospechar, a los profesionales de la salud, sobre la presencia de una situación de malos tratos:

1. Retrasos entre una lesión y enfermedad y la búsqueda de atención médica
2. Disparidad entre la información que aporta el paciente y la que refiere la persona que le proporciona malos tratos

3. Explicaciones inverosímiles o imprecisas proporcionadas por cualquiera de las partes
4. Visitas frecuentes a los servicios de urgencia por exacerbación de una enfermedad crónica, a pesar de que exista un programa adecuado de cuidados médicos y sociales
5. Hallazgos en las pruebas complementarias que son incoherentes con la historia clínica proporcionada.

Ante una sospecha de malos tratos es aconsejable realizar entrevistas separadas para el paciente y el cuidador.

La valoración debe incluir el tipo de maltrato detectado, su frecuencia y gravedad. Es preciso documentar históricamente el tiempo desde el que se producen, dado que suelen aumentar en frecuencia e intensidad con el paso del tiempo. Hay que intentar averiguar las circunstancias del agresor: alcoholismo, enfermedad mental, problemas económicos, sobrecarga.

En la entrevista con el cuidador hay que investigar sus responsabilidades de cara al enfermo, las dificultades en la atención y evitar en lo posible situaciones de confrontación. Hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones, los malos tratos son infligidos inconscientemente por falta de preparación y desconocimiento de las consecuencias por parte de los cuidadores.

En la valoración de los malos tratos, es esencial buscar signos físicos que ayuden a confirmar la sospecha. La exploración es imprescindible en todos los casos, pero especialmente en personas con deterioro cognitivo.

En la siguiente tabla se reflejan cuales son estos signos:

---

*Conducta*

Paciente retraído, infantilizado. Insistencia del cuidador en responder las preguntas.

*Aspecto general*

Higiene deficiente, ropa inadecuada. Delgadez.

*Piel y mucosas*

Deshidratación, lesiones cutáneas, hematomas, úlceras. Mal cuidado de lesiones previas.

*Cabeza y cuello*

Alopecia traumática. Lesiones orales.

*Tronco*

Hematomas, ampollas.

*Región genitourinaria*

Lesiones rectales o vaginales. Infección genital.

*Extremidades*

Lesiones que sugieren sujeciones.

*Sistema musculoesquelético*

Fracturas, dolor, alteraciones de la marcha.

*Salud mental*

Ansiedad. Síntomas depresivos.

(Tomado de Beers, M, Berkow, R. Manual Merck de Geriatria 2ª edición. Ed Harcourt, 200, pàg.153.)

---

Las exploraciones complementarias pueden documentar la presencia de malnutrición o deshidratación no justificada por enfermedad médica y son especialmente útiles para identificar usos no adecuados de fármacos.

Los ancianos pueden recibir también malos tratos por cuidadores formales contratados o en instituciones. En estos casos, la responsabilidad puede ser directa del cuidador o bien de la propia institución. En estos casos se pueden reproducir las mismas situaciones que se han descrito para los cuidadores informales o familiares sin el eximente que supondría la sobrecarga, el desconocimiento o la falta de preparación. Es imprescindible que los centros residenciales –y también los hospitales– dispongan de protocolos consensuados sobre uso de contención física y farmacológica, movilizaciones, nutrición y ocupación del tiempo de los ancianos frágiles y discapacitados.

# EL MALTRACTAMENT EN LES RESIDÈNCIES O ALTRES CENTRES INSTITUCIONALS: CONCEPTES PER A LA REFLEXIÓ

---

*Sr. Josep Vila i Miravent*, psicòleg. Responsable dels programes de gent gran de l'Institut per a la Promoció Social i de la Salut IPSS

## PRESENTACIÓ

---

El maltractament en la gent gran és un tema molt desconegut per molts de nosaltres, malgrat els anys de trajectòria professional en aquest àmbit. Com qualsevol altre tema, ens adonem que el primer pas per poder-hi incidir, és prendre consciència de la seva existència. El que no es coneix, no existeix, pot haver estat el tipus de funcionament de molts centres que atenen persones grans en situació de malaltia i/o dependència. En aquesta ponència, es presentaran els elements bàsics d'una metodologia de treball que ens hauria d'oferir eines per detectar les situacions de maltractament i, per tant, dissenyar propostes d'actuació per evitar-ho.

Guió de l'exposició:

1. La interdisciplinarietat professional com a filosofia de treball
2. La comunicació interna i les estructures de participació democràtica dins de la institució
3. La metodologia de treball de l'equip interdisciplinari:
  - a. Els registres, els procediments i els protocols
  - b. El pla de formació continuada
  - c. Les reunions interdisciplinàries
4. La conscienciació sobre el maltractament: com el podem identificar?

## BIBLIOGRAFIA RECOMANADA SOBRE EL MALTRACTAMENT

---

- \* QUINN, M.J. i TOMITA, S. K. *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Co. 1997.
- \* FRIED, S. B. i MEHROTRA, C. M. *Aging and Diversity: An Active Learning*

*Experience*. Washington, DC: Taylor & Francis. 1998.

- \* REIS, M. *The IOA Sceen: An abuse-Alert Measure the Dispels Myths*. *Generations*, 24 (summer), pp.13-16. 2000.
- \* RAMSEY-KLAWSNIK, H. *Elder-Abuse Offenders: A Typology*. *Generations*, 24 (summer), pp.17-22. 2000.
- \* ANETZBERGER, G. J. *Cargiving: Primary Cause of Elder Abuse?* *Generations*, 24 (summer), p.46-51.2000.

## A PROPÒSIT D'UN CAS COMUNICACIÓ

---

### A PROPÒSIT D'UN CAS

*Llambí, M. Roser* (metgessa),  
*Ballester, Teresa* (psicòloga),  
*Bertran, Marta* (DTS),  
*Puig, Núria* (auxiliar d'infermeria),  
*Rocas, M. Lluïsa* (metgessa),  
*Villuendas, M. Isabel* (DUI).

Centre: Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar

**PACIENT:** dona de 77 anys d'edat. Sense antecedents patològics d'interès. Diagnòstic probable de malaltia d'Alzheimer GDS 5 (no consta informació del neuròleg).

Índex de Barthel: 72/100. Test de Pfeiffer: 10 errors. V.A.V.D.: 55

Viuda amb quatre fills, es va decidir ingressar la mare en una residència assumint les despeses entre tots. Atès que la filla no feia les aportacions establertes se li va portar la mare a casa perquè en fos la responsable i assumir el paper de cuidadora principal.

La pacient, deambuladora voluntària, no erràtica, passava moltes hores sola i tancada a casa. La filla treballa fora del domicili.

La filla fa petició d'ingrés a hospital de dia, s'accepta la sol·licitud.

Durant els primers dies de l'ingrés, passa el dia tranquil·la, segons la filla, de nit inicia problemes.

La pacient està cada dia més inquieta, demana esmorzar i no es tranquil·litza fins que se li dóna, fa demanda constant d'atenció, deambulació erràtica però segura. Tendeix a fugir. No s'integra en el grup. La resta de pacients tendeixen al rebuig. Li cal atenció individualitzada i satisfer les seves demandes per tal que es tranquil·litzi.

Iniciem tractament farmacològic i intervenció psicològica, amb intervenció contenidora que resulta en un millor comportament.

Comencem a detectar hematomes, rascades a braços, cara, pit... la pacient no sap dir què li ha passat. Parlem amb la cuidadora,

que justifica les lesions per caigudes a la banyera, al lavabo, al terra lliscant...

Es contacta amb tots els fills i s'informa a Fiscalia de la presumpta incapacitat de la pacient. S'inicien així els tràmits per a la incapacitació.

Les lesions es repeteixen, sempre son justificades amb caigudes. Coincideixen en caps de setmana. Els dilluns és freqüent que presenti lesions noves.

Anem fent seguiment diari, telefonem el dia que no ve a l'hospital de dia per saber què passa.

Es fa valoració per a l'ingrés institucional i es considera que el seu perfil s'adapta a una plaça d'acolliment residencial.

S'informa els altres fills, hi ha molt mala relació familiar. Es reclama documentació encara pendent per a concloure els tràmits d'incapacitació.

Un cap de setmana llarg torna amb contusions i esgarrapades, aquesta vegada la família verbalitza que s'ha barallat amb la neta... Fem un informe a Fiscalia. També contactem telefònicament amb la Il·lma. Sra. Fiscal de la Secció d'Internaments i Incapacitacions, que ens fa saber que, si es repeteix, l'indicat es fer un informe de lesions i dirigir-lo al jutjat de guàrdia.

Des d'aquest moment i amb el coneixement de tots els fills es van fent informes de lesions que dirigim al jutjat de guàrdia.

Sol·licitem ingrés preventiu al centre sociosanitari.

En el moment en què té plaça procedim a l'ingrés i el notifiquem a Fiscalia.

De l'ingrés ja fa dos mesos i no ha caigut, continua deambulant durant les nits però no és una deambulació erràtica, busca el bany i a vegades es perd. Passa el dia tranquil·la, somriu, no hi ha conflictes. Intenta fer coses i es relaciona amb altres pacients. Aquest canvi ens ratifica en la sospita inicial de manca de cura.

Continuem esperant la resolució de la incapacitació, el forense ja ha fet la visita.

Pel que fa a la plaça d'acolliment residencial, la família continua sense aportar la documentació necessària per completar la sol·licitud.



## REFLEXIONS I CONCLUSIONS

---

Aquest cas ens ha fet moure com a equip.

No és una situació freqüent, sortosament.

El que ha fet falta és decidir-nos a fer les gestions per molt dures que ens semblessin, es fa difícil sospitar un maltractament, sigui físic o per negligència. Costa prendre la decisió de fer informes de lesions, de notificar-les a Fiscalia i/o al jutjat de guàrdia.

D'entrada no ens plantejàvem que pogués ser altra cosa que una caiguda, tal com explicava la família.

En repetir-se la situació ens vàrem preguntar si les lesions haurien de ser en altres llocs, no enteníem les caigudes si la pacient caminava amb seguretat. Continuàvem indecises perquè desconexíem l'actitud de la pacient durant la nit i no teníem per què dubtar de la versió familiar. Era una decisió difícil.

Durant tot el procés han estat fonamentals les entrevistes amb la família. Tots els professionals han mantingut converses contínues amb la família, juntament, per separat, amb la filla i/o els germans. Una denúncia per maltractaments... que fins ara són suposats, és una situació greu.

De tot això en traiem que la cuidadora, que ja des d'un principi és involuntària, és una cuidadora negligent, ni que sigui pel desco-neixement del que cal fer davant d'una persona gran i dement.

No volem acabar sense donar les gràcies als organitzadors de les Jornades, que han estat el motiu pel qual el nostre equip ha fet una feina més interdisciplinària i potser menys multidisciplinària.

TAULA 4:

---

BONA PRAXI INSTITUCIONAL.  
PROTOCOL INTERINSTITUCIONAL.  
MALTRACTAMENT DES  
DEL PUNT DE VISTA DEL DRET  
ADMINISTRATIU



Moderadora:

*Sra. Marga Canta i Vilanova*

Ponents:

*Sr. Narcís Pérez i Moratones,  
Sra. Montserrat Trilla i Bordera,  
Sr. Antoni Yuste i Marco,  
Sra. Mercè Tabueña Lafarga*

Comunicacions i debat



## BONA PRAXI INSTITUCIONAL

---

*Sra. Marga Canta i Vilanova, infermera*

Durant tot el procés d'envelliment, es produeixen una sèrie de modificacions en què predominen els factors de risc per patir malalties cròniques i invalidants. A vegades aquestes limitacions en la seva autocura són tan importants que passen d'una situació d'independència a dependència de familiars, serveis socials i/o sanitaris.

Els àmbits on podem trobar maltractaments poden ser d'allò més variats: dins la família, en la comunitat de veïns, en el transport, en les oficines de l'Administració, serveis sanitaris, residències privades, serveis socials entre altres.

L'estudi de maltractaments a la persona gran en els serveis de sanitat i social, és el pas previ a actuar com a garantidors dels drets de les persones grans davant la família, els companys o els responsables de la institució.

Podem dir que una bona praxi institucional és tant aquella que pren mesures internes com externes, les dues són garantidores dels drets de les persones grans.

A partir de la definició de maltractament: intenció d'infringir el mal, confinament injustificat, intimidació o càstig cruel que dona origen a mal físic, dolor o angoixa mental, també del cuidador de privar a l'ancià dels aliments o serveis que li són necessaris per evitar el mal físic, l'angoixa o el mal a l'àmbit mental, qualsevol institució està obligada a vetllar per a les persones grans.

### ELS ABUSOS:

- Físics: agressió física de qualsevol tipus
- Psicològics: creació d'una situació que provoca una gran alteració emocional
- Sexuals: qualsevol forma d'intimitat
- Econòmics: privació del pacient als seus béns propis.

### LES NEGLIGÈNCIES:

- Física: no proporcionar les cures adequades
- Psicològica: manca d'estimulació social
- Econòmica: no fer ús dels recursos sanitaris adequats.

Estan poc estudiats, però hi ha uns signes d'alerta:

- Hematomes
- Informació contradictòria respecte a les lesions que presenta la persona gran
- Manca d'higiene, aspecte descurat
- Deshidratació, desnutrició
- Por a parlar davant del professional
- Actitud sobreprotectora del professional
- Comportament agressiu (físic o verbal) del professional.

Situacions:

- Agressions verbals cròniques, amenaces o xantatges
- Empentes
- Aïllament premeditat
- Manca d'escolta i d'atenció
- No respectar el ritme de la persona gran
- No respectar la intimitat a l'hora de les cures d'higiene
- Utilització freqüent de mesures de contenció física
- Sobremedicació o medicalització de les cures
- Infantilisme.

Tot plegat es pot considerar com a sospita o consideracions de maltractament per part dels professionals.

Hi ha unes normes d'actuació per a portar a terme una bona praxi institucional:

**1. Prevenció:** una bona prevenció es fa proporcionant una formació i educació adequades al personal que està treballant en el centre o institució. S'entén com a personal tant el professional sanitari qualificat com el no sanitari.

Una altra manera de fer prevenció és fomentant el treball en equip.

**2. Detecció i valoració:** l'ha de fer el responsable del centre i el mateix personal. Un dels mètodes que s'ha d'utilitzar és l'observació de com el personal del centre es comporta amb la gent gran davant les diferents situacions que sorgeixen en el dia a dia.

També hi ha uns textos o instruments que ens ajuden a valorar el maltractament, uns exemples són: CASE, BASE, EAST, IDA entre d'altres. De totes maneres és principalment

la mateixa direcció del centre que ha de crear un instrument que serveixi per mesurar el maltractament i que s'adapti a la filosofia de treball.

3. **Abordatge:** en cas de sospita o evidència de maltractament per part del personal responsable de la persona ingressada en el centre, és responsabilitat de la direcció del centre o els comandaments que han de prendre mesures oportunes per tal d'aclarir els fets i posteriorment determinar les responsabilitats.
4. **Intervenció:** els responsables de la unitat o del centre contrastaran la informació que es pugui obtenir de la família, la persona ingressada o bé dels mateixos companys de treball amb els fets, és a dir, empenirà una investigació interna. Una vegada s'hagin obtingut les conclusions es comunicarà a gerència, que prendrà les mesures oportunes (expedient disciplinari...).

**RECORDEU:** la millor manera de detectar els maltractaments és estar sensibilitzat i conèixer els indicadors associats a cada tipus.

# ELS MALTRACTAMENTS DINS LA INSTITUCIÓ

---

*Sra. Montserrat Trilla Bordera, treballadora social*

## RESUM

---

Aquesta comunicació té per objectiu donar a conèixer els maltractaments a les persones grans institucionalitzades. Aquestes no acostumen a ésser-ne conscients, i per tant, no són denunciats com a tals. En canvi, quan són intencionats no es denuncien per por a les represàlies, etc.

Hi ha l'anomenat «maltractament institucional», que es produeix bàsicament com a conseqüència de les relacions que s'estableixen entre les persones grans i els professionals que les atenen diàriament.

Les institucions ténen una sèrie d'objectius a complir per tal de protegir les persones grans, entre ells: el respecte als drets dels residents.

També dins de les institucions ens trobem amb un grup de persones que presenten unes característiques que els fan més vulnerables i, per tant, estan més predisposades a patir maltractaments: són les víctimes d'aquests.

Tant les institucions com els professionals que hi treballen, com els familiars que mantenen contactes amb les persones grans, poden ésser els seus maltractadors.

Totes les diferents tipologies de maltractaments (físiques, psicològiques, emocionals i econòmiques) es produeixen dins les institucions residencials.

Els professionals poden establir unes línies d'actuacions per tal de prevenir i tractar els maltractaments.

## INTRODUCCIÓ

---

Els maltractaments dins de les institucions residencials sovint són deguts al fet que els professionals estan estressats o bé per manca de formació específica pel lloc de treball que ocupen. Per aquest motiu, a vegades les persones grans no són

conscients que són maltractades (només en l'abús físic), ja que en l'abús psicològic ho poden acabar veient com quelcom normal o natural perquè arriben a pensar que donen excessiu treball als seus cuidadors, per la qual cosa es posen nerviosos i de tant en tant, els criden o els insulten.

D'altra banda, les persones grans no acostumen a denunciar els maltractaments per por a represàlies dels cuidadors que els atenen, per manca de suport o per desconeixement.

A vegades, els maltractaments són detectats pels professionals dels serveis socials d'atenció primària (abans de l'ingrés), pels diversos professionals de les institucions, pels familiars, amics o veïns dels residents, pels voluntaris socials que els visiten, pels mateixos residents, etc.

Els maltractaments dins de la institució residencial es produeixen en el context de les atencions que diàriament es proporcionen a les persones grans, i per tant també dins el context de les relacions que s'estableixen entre les persones grans i els professionals.

Tenint en compte que les institucions residencials compten amb una sèrie de drets per protegir les persones que hi viuen, sembla difícil entendre que s'hi pugui produir tot tipus de maltractament.

Doncs bé, hi ha el que podríem definir com els «maltractaments institucionals». Quan en parlem ens referim a: qualsevol legislació, programa, procediment, actuació o omissió procedent dels poders públics o privats, o derivats de l'actuació individual del professional o funcionari d'aquests, que comporti abús, negligència, detriment de la salut, de la seguretat, estat emocional o estat de benestar físic, o que no es respectin els drets de les persones grans.

## QUINS SÓN ELS DRETS DE LES PERSONES GRANS?

Aquests neixen com a conseqüència de l'estada d'una persona en una institució, per tant, són específics: dret a rebre voluntàriament el servei social, dret a la informació i a la participació democràtica dels residents, dret a la intimitat, dret a considerar com a domicili propi l'establiment residencial, dret a la continuïtat en la prestació dels serveis en les condicions establertes, dret a no ser discriminats en el tractament, dret a no



ser sotmès a cap tipus d'immobilització o restricció física o farmacològica sense prescripció mèdica i supervisió i dret a la tutela de les autoritats públiques.

### QUI SÓN LES VÍCTIMES?

Dins de tota institució ens trobem amb un grup de persones grans que presenten unes característiques determinades i que, per tant, es troben en situacions que les predisposen a patir maltractaments i fa que siguin més vulnerables que la resta de residents. Algunes característiques són: edat avançada, majoritàriament de sexe femení, amb deteriorament físic, cognitiu i funcional, amb trastorns psiquiàtrics i problemes de conducta, amb problemes emocionals, amb aïllament sociofamiliar, amb problemes d'alcoholisme, amb caràcters difícils o conflictius, amb dificultats per acceptar l'ingrés, amb familiars amb alteracions psicològiques o desestructuració familiar, amb antecedents previs de violència familiar, etc.

### QUI MALTRACTA ELS RESIDENTS?

Les institucions poden facilitar l'aparició de situacions maltractants quan hi ha: massificació, canvis freqüents de personal, dèficits en la formació del personal, ràtio de personal insuficient, dèficits en l'estructura de l'edifici i la distribució dels espais, manca de protecció d'espais contra accidents, dèficits en l'estructura organitzativa del centre, treballadors mal remunerats, manca de mobiliari i ajuts tècnics, manca de cobertura de les baixes laborals, manca d'un programa d'activitats estimulants i apropiades als residents que tenim, etc.

D'altra banda, els professionals que treballen a les institucions també poden generar maltractament amb les seves actuacions quan: estableixen determinades relacions amb els residents i amb la resta de professionals, es troben en situació d'estrès emocional i esgotament, per excessives càrregues de treball, tenen manca de formació, sobretot en trastorns del comportament dels residents, tenen deficientes condicions de treball, el treball no es fa de forma coordinada, pateixen algun tipus d'alteració psicològica, desconeixen els drets dels residents, donen un tracte inadequat als residents, tenen problemes per a comunicar-se amb les

persones grans per les malalties que pateixen aquestes, etc.

Per últim, els familiars, veïns o amics dels residents, també produeixen situacions de maltractament quan: consideren la persona gran no capacitada en el seu judici, administren els diners dels residents quan tenen les facultats mentals conservades, tenen una manca de respecte als seus desitjos, no s'impliquen en la dinàmica residencial ni els donen suport, es reparteixen els béns de les persones grans sense el seu consentiment ètic, utilitzen l'ús de la violència com a forma de relació familiar habitual, etc.

### QUINS MALTRACTAMENTS HI HA DINS DE LES INSTITUCIONS?

---

Físicament: ferides, contusions, vestit inapropiat, higiene inadequada o forçada, sometiments a càstigs o tancaments, forçar l'alimentació, abusos sexuals, dieta inadequada, manca de material ortopèdic necessari per a la mobilitat i per evitar accidents, posició incorrecta, ús inadequat de subjeccions mecàniques o medicaments, canvis de taula i d'habitació sense comptar amb la seva opinió, pèrdua de diversos objectes personals (audiòfons, ulleres, roba...), etc.

Psicològicament: agressions verbals (insults, crits), alteracions emocionals (depressió, ansietat i preocupació, nerviosisme, pèrdua d'autoestima, tristor...), aïllament social provocat, manca de suport familiar, intromissió en la intimitat, por de tornar a casa, conductes autodestructives (intents de suïcidi), tracte infantilitzador i paternalista, manca d'afecte, culpabilització, xantatge moral, retrets, rebuig, utilització de llenguatge brut, «silencis ofensius», etc.

Emocionalment: amenaces d'abandonament, desqualificacions, desvaloritzacions i/o absència d'expressions positives envers la persona gran, despullant-la de la seva identitat i dignitat com a ésser humà.

Econòmicament: apropiació de diners de les persones grans sense el seu coneixement (robatoris), persones grans forçades a desprendre's de propietats o a testar en contra de la seva voluntat, rebre la visita de persones a les quals mou l'interès econòmic, privació de roba, comoditat, etc. als residents quan

hi ha mitjans suficients per fer-ho, dependre econòmicament de la persona gran ingressada i l'habitatge propietat de la persona gran, etc.

## ACTUACIONS DELS PROFESSIONALS

A continuació anomenaré algunes actuacions que els professionals poden portar a la pràctica dins de les institucions per tal de poder prevenir els maltractaments o tractar-los: conscienciar la societat sobre la violència amb la gent gran, reconèixer l'abús a les persones grans com un problema social, establir protocols de detecció d'abusos per a realitzar un diagnòstic precoç i reduir les situacions de risc, sensibilitzar i educar els professionals envers aquest tema per fer bones deteccions, registrar els maltractaments, cuidar el cuidador per prevenir situacions de risc, crear un ambient residencial estimulant i motivador per a les persones grans, abordar els casos de maltractament en l'àmbit interdisciplinari (no individual), fomentar actituds per tractar amb respecte i dignitat les persones grans, practicar l'escolta empàtica amb els residents, establir canals de comunicació i pactes de col·laboració entre els professionals i els familiars dels residents, denunciar els casos de maltractament o de sospita a les autoritats judicials, etc.

## CONCLUSIONS

- Dins de les institucions hi ha un perfil de persona gran que per les seves característiques està més predisposada a patir maltractaments.
- Els maltractaments que es produeixen dins de les institucions poden provenir de la mateixa institució, dels professionals i de les famílies o amics o veïns dels residents.
- Les diferents tipologies de maltractaments es poden trobar dins de les institucions.
- Els professionals de les institucions poden establir i fer una sèrie d'actuacions per tal de prevenir, detectar i tractar els maltractaments.
- La majoria de maltractaments que es produeixen dins de les institucions són no conscients o no intencionats.

# ABUSOS I NEGLIGÈNCIES A LA GENT GRAN

---

*Dr. Antoni Yuste i Marco, metge*

## INTRODUCCIÓ

---

- Els professionals FONT de maltractament
- Els professionals ALERTADORS
- Els professionals AVALUADORS / INTERVENCIÓ

## AGENTS I

---

- Igual que els centres residencials, altres equips assistencials
- Potencials agressors
- La direcció, assistencials, suport

## AGENTS II

---

- Pacients
- Familiars

## SITUACIONS I

---

- Tracte infantil
- Humiliacions
- Falta d'informació
- No c. expectatives
- No a. directrius avançades

## SITUACIONS II

---

- No equitat
- Gestió del risc: errors
- Vulneració dels drets com a persona, com a usuari
- Restriccions físiques
- Restriccions farmacològiques

## SITUACIONS III

---

- L'aïllament
- Abús sexual
- Ús de la posició de superioritat
- Acarnissament
- Ageïsme

- Protecció de dades
- Intimitat

### FACTORS DE RISC I

---

- Precària situació laboral
- Estrès, síndrome d'esgotament professional
- Problemes personals
- Trastorns mentals
- Abús de drogues

### FACTORS DE RISC II

---

- Manca de professionalitat
  - Aptituds
  - Actituds
- Falta de mitjans
  - Personals
  - Estructurals

### ACTUACIÓ I

---

- Actitud preventiva: FORMACIÓ
- L'usuari i el company
- El paper de l'equip
  - Treballar el conflicte
- El paper dels responsables
- Els comitès d'ètica assistencial

### ACTUACIÓ II

---

- Objectiu
  - No repetició
  - No emetre judici
  - No prendre part
  - Admetre una situació, almenys irregular

### ALERTADORS

---

- Situacions dintre del centre
- Situacions fora del centre
  - L'avaluació: l'AIA, l'hospital de dia, el PADES
  - Ingrés

## INTERVENCIÓ

---

- Estructura
- Formació
- Experiència

## PROBLEMES

---

- Augment de la demanda
- Augment d'intervencions
- Manca d'equips, manca de personal, canvi de treball
- Finançament

## REVISAR

---

- Cura dels drets dels usuaris (pacients, familiars)
- Protocols, normatives, consells, enquestes
- Formació
- Suport determinat (psicòleg, equip...)
- Registre.

## LA RECERCA. UNA BONA EINA PER A UNA BONA PRAXI

---

*Sra. Mercè Tabueña Lafarga, psicòloga i treballadora social*

Des de fa uns quants anys, un bon punt de partida és la Declaració d'Almeria (1995), els professionals, tant del camp dels serveis socials com de la salut, ens estem endinsant en l'abordatge de les situacions de maltractament dirigides a la gent gran. És evident que el problema no és nou, sí que ho és la intervenció.

Ens calen models etiològics que ens permetin una bona pràctica. No entraré en la guerra de les xifres, ni en la de les classificacions o tipificacions, però sí en la necessitat que tenim de conèixer la situació real on ens trobem, a fi de poder proposar mesures alternatives i dispositius, en definitiva, avançar en la solució del problema.

Els maltractaments a la gent gran en el medi institucional han estat menys estudiats que en els medis familiar i comunitari. Les raons d'aquest fet poden ser molt diverses, entre les quals influeix el fet que són menys les persones grans que viuen en institucions.

Tenim proves «anecdòtiques» suficients per saber que hi ha un comportament violent en el medi institucional. L'estudi més fidel ha estat el fet a Estats Units (Pillemer, 1990) amb una mostra de 577 infermers i infermeres cuidadors, se'ls demanava que assenyalessin els actes de violència comesos per altres persones del personal i per ells mateixos. Solament es va abordar la tipologia de maltractament físic i psíquic. Es va constatar que:

- El 36% de la mostra havia estat testimoni d'almenys un acte de violència física al llarg de l'any precedent. El fet més freqüent va ser la contenció excessiva dels malalts.
- Tanmateix, un 81% havia estat testimoni d'un incident de violència psicològica al llarg de l'any precedent. El fet més freqüent va ser muntar en còlera i escridassar un malalt.

Un 10% de professionals van declarar que ells mateixos havien comès diversos actes de violència, el més freqüent la utilització excessiva de mitjans de contenció. I un 40% reconeixia haver escridassat un vell malalt.

Tanmateix, un estudi fet a Canadà l'any 1992 descriu com els directores de centres residencials opinaven sobre la seva pròpia experiència i afirmaven haver modificat la seva opinió al llarg dels anys, passant d'una visió molt limitada i centrada en la violència física exclusivament, a la inclusió de formes molt més subtils de violència envers la gent gran, com ara la violació dels drets i el reconeixement de la possible violència sistemàtica.

Investigadors nord-americans han cercat un cert nombre de factors que, segons ells, contribueixen a la violència del personal de les institucions i a l'entorn de les persones grans. Aquests són, entre altres: una manca de línies d'actuació clares i coherents per atendre les persones grans malaltes; l'aplicació poc estricta de les normes de cuidadors mèdics i psicològics; la cultura i l'organització de la mateixa institució; la manca de personal altament qualificat i ben format; l'estrès unit al treball i l'esgotament professional; la impotència i la vulnerabilitat de les persones grans internades; les característiques de l'establiment com pot ser la titularitat, la dependència econòmica, la capacitat, la ràtio de treballadors i altres; els trets característics dels membres del personal com la personalitat, l'edat, l'educació i formació; característiques de les mateixes persones grans internes com l'estat de salut, el tipus de malaltia, la personalitat, el grau d'aïllament social, en definitiva, la seva història de vida (Braun *et al*, 1997).

Una de les formes de lluitar contra els maltractaments a la gent gran és la de fomentar la necessitat d'arribar a conèixer aquesta realitat tan oculta, és a dir, fer visible aquesta invisibilitat dels fets. D'aquesta manera es pot incidir en les polítiques socials tant en l'àmbit local com l'autonòmic i l'estatal, i més concretament participar en l'elaboració de programes de prevenció i d'intervenció, serveis i altres dispositius que es considerin fonamentals per afrontar aquestes situacions que afecten les persones grans del seu territori.

En el nostre context són realment escassos els estudis fets sobre el tema dels maltractaments a la gent gran en general. No obstant això, tenim una iniciativa recent, fomentada per l'Ajuntament de Barcelona, que ha dut a terme un estudi descriptiu sobre «els maltractaments a la gent gran en el medi familiar» (2002).



S'ha treballat amb una mostra de 176 casos de maltractament detectats amb persones de més de 65 anys que viuen en el domicili, tant pels serveis socials d'atenció primària com per l'atenció primària de salut, els equips PADES i Càrites. L'àmbit territorial ha estat dos districtes molt diferenciats de la ciutat de Barcelona, San Martí i San Gervasi. La metodologia ha consistit en l'anàlisi de les situacions detectades mitjançant un equip d'experts multidisciplinari, una metgessa de família, un epidemiòleg, un advocat, una psicòloga i treballadora social.

Alguna de les conclusions més rellevants han estat les següents:

1. El tipus de maltractament confirmat més freqüent és la negligència, seguit de l'autonegligència i del maltractament psicològic. Si prenem també les sospites en consideració, l'autonegligència passa a ser la tipologia més freqüent.
2. Les víctimes de maltractament que es produeixen en els casos presentats en els districtes de Sant Martí i Sant Gervasi són dones en un 75% dels casos, de 79 anys d'edat de mitjana, viudes, que tenen residència fixa, viuen amb la família en un domicili propi i presenten dependència i fragilitat.
3. Tenen un cuidador definit el 55% de les víctimes, essent la parella o el fill/a en la gran majoria dels casos. El 51% de les víctimes són maltractades pel seu cuidador habitual.
4. Els agressors que són perpetradors del maltractament pateixen freqüentment trastorns mentals o tenen poca preparació per a tenir cura d'una persona dependent.
5. Referent a l'actuació dels professionals, s'observa una manca d'estratègia d'intervenció interdisciplinària (Ajuntament de Barcelona, 2002).

Com podem veure, les conseqüències de la violència envers la gent gran tenen necessitat de ser preses en consideració seriosament amb celeritat i molta creativitat.

# PROTOCOL BÀSIC D'ACTUACIONS EN SITUACIONS DE MALTRACTAMENT

---

*Sra. Sandra Medina*

La idea de posar en funcionament el protocol a l'hospital i les àrees bàsiques de salut és per unificar criteris i intervencions entorn del tema, sensibilitzant i formant els professionals que ofereixen atenció directa. És un únic potocol que aborda el maltractament en infants, adults, gent gran i presumptes incapaços. L'estructura del protocol és la següent: definició de la paraula maltractament, tipus de maltractament, pautes de la intervenció davant: situacions de risc, sospita de maltractament, maltractament segur; crear un registre de maltractaments.



TAULA 5:

---

MALTRACTAMENT DINS LA FAMÍLIA,  
CONSCIENCIACIÓ  
SOCIAL, DEFICIÈNCIES, PROPOSTES  
DE MILLORA,  
RECURSOS I MANCANCES LEGALS

Moderadora:

*Sra. Úrsula Carvacho i Monasterio*

Ponents:

*Sr. Carles Mc-Cragh i Prujà,*

*Sra. Fina Vernet Aguiló,*

*Sr. Antoni San José Laporte,*

*Sra. Margarita Flequé i Riera*

Comunicacions i debat



# ELS MALTRACTAMENTS DINS LA FAMÍLIA, CONSCIENCIACIÓ SOCIAL, DES DE LA PERSPECTIVA DEL TREBALL SOCIAL

---

*Sra. Úrsula Carvacho Monasterio*, diplomada en treball social i antropòloga

## INTRODUCCIÓ

---

*«Ningú no serà sotmès a tortures ni a penes o tractes cruels ni inhumans o degradants, ni se li podrà ocasionar mal físic, psíquic o moral.»*

*(Declaració Universal dels Drets Humans)*

En el transcurs d'aquestes Jornades sobre els maltractaments a la gent gran, hem parlat de la definició de maltractament, els indicadors, els perfils dels maltractadors i víctimes i el maltractament en l'àmbit institucional. A nosaltres ens correspon tractar, en aquesta taula, el maltractament dins la família, les propostes de millora i el marc legal existent o inexistent.

El maltractament dins la família és un fenomen social multicausal que ha de ser abordat de forma interdisciplinària, i des d'una perspectiva global que inclou tant la víctima com el mateix maltractador i, analitzant les causes que estan provocant aquesta disfunció familiar, és necessari saber quin és el drama humà subjacent en la condició del maltractador i víctima.

Per aquest motiu intentarem des d'aquesta taula donar una visió pluridisciplinària des de la perspectiva de la medicina, la infermeria, la psicologia, el dret i el treball social.

### Presentació dels ponents:

---

Per una qüestió d'ordre en el doble paper de moderadora i ponent començaré amb l'exposició de la meva ponència per després donar veu als meus companys.

La meva aportació davant el tema del maltractament a la gent gran en el context familiar s'inscriu des de la perspectiva d'allò

social, concretament des del treball social, intentant emfasitzar els aspectes socials.

Un dels nostres àmbits d'actuació és el de les persones grans que viuen soles o dins de l'entorn familiar o institucional.

Per aproximar-nos al tema dels maltractaments en la família, és necessari analitzar breument el fenomen de l'envelliment, el concepte de vell, la construcció social que es fa d'aquest fenomen, la família i les profundes transformacions que aquesta està experimentant.

### L'envelliment

L'envelliment progressiu de la població a escala mundial és una de les transformacions més importants dels darrers anys.

L'increment de l'expectativa de vida és un fenomen global que genera l'augment de la població de major edat i una de les raons de l'augment de la taxa de dependència. Aquest augment, en la majoria dels casos, no es correlaciona amb una millora en la qualitat de vida de les persones que envelleixen.

Si ens aproximem de forma real a la vellesa veiem que aquesta esdevé socialment i de manera diferencial per a cada individu i depèn de característiques biològiques, psicològiques i de l'entorn social i cultural en el qual es viu.

No és fàcil apropar-se al tema de la vellesa en la nostra societat occidental, ja que, de forma immediata, es posen en joc una sèrie de conceptualitzacions, mites i prejudicis on ser vell és pertànyer a una franja de població desvaloritzada, quan no negada.

Observem també que el concepte d'ancià, com també el tracte i la consideració cap a la gent gran, han anat canviant. Si en el passat se'ls respectava i considerava en tant que posseïdors de coneixement i sabers, avui en dia són tractats, moltes vegades, com menors d'edat social.

Sovint s'assigna a les persones grans un rol determinat en la societat, en funció del que en l'imaginari social és correcte o esperat.

Des d'un punt de vista econòmic, es converteixen en la pràctica en persones de segona categoria en tant que ja no són productives.

Se'ls considera una càrrega per a les arques públiques, tot i que políticament es milloren les seves pensions i l'assistència social que tenen dret a percebre d'acord amb el moment electoral i el vot que s'espera aconseguir d'ells.

En l'àmbit del llenguatge ens adonem que paraules com vell o ancià estan desapareixent gairebé del nostre llenguatge, essent substituïdes per expressions com «tercera edat, «els nostres majors» o «adulto mayor», eufemisme que s'utilitza a Llatinoamèrica. Una reflexió i anàlisi més profundes sobre l'ús d'aquestes paraules ens podria fer arribar a conclusions interessants.

## QUÈ S'AMAGA DARRERE DE LES PARAULES?

La família:

---

Els canvis produïts en l'estructura familiar i les múltiples càrregues a què està sotmesa la família actual, estan incidint en molts casos en conflictes que poden derivar en situacions de risc.

L'estil de vida actual carrega enormement cadascun dels membres de la família, i en particular les dones; la filla, qui generalment era la que tenia cura dels seus pares, ara treballa fora de casa i a més de preocupar-se dels seus fills, la casa, la feina, ha d'assumir majorment el pes d'atendre persones dependents.

Vicente Navarro, «en un article publicat a *El País* «Cuestionando el triunfalismo dominante». *El País*. Opinión (23.9.97) amb relació al rol de cuidadora de les dones diu:

«Les dones espanyoles són les proveïdores dels serveis d'atenció a la gent gran, als joves i a la infància, que en altres societats són proveïdes per l'Estat del benestar i això les dones ho fan amb un gran cost personal, social i econòmic. (...), el sector de la població espanyola que té un nombre major de malalties degudes a l'estrès són les dones de 35 a 55 anys, precisament el grup de població que cobreix amb més dedicació les insuficiències de l'Estat del benestar espanyol.»

La continuïtat de l'esquema tradicional que assigna a la dona la cura de persones de qualsevol edat fa que aquesta esgoti la seva salut i el seu temps en aquesta tasca. D'altra banda, és



previsible, i esperem que així sigui, que les joves d'ara s'incorporin plenament al món del treball, per tant podran compatibilitzar menys les tasques laborals i la cura de persones dependents. Serà necessària una reorganització i major distribució equitativa de les tasques de cura en el si de la família i més polítiques de suport.

D'altra banda, la família actual viu marcada per les inseguretats i precarietats en el terreny laboral i econòmic.

Troblem casos en què la pensió dels grans és l'únic ingrés fix d'una família, i per aquest motiu, de vegades que seria recomanable l'acolliment residencial hi ha resistències per fer-ho.

Les possibilitats que tenen els grups familiars de complir amb la històrica funció de contenció, suport i cura de les velleses dels seus membres són cada vegada de més pes, quan no impossibles. En una societat en què la crisi és una constant, no és fàcil sostenir situacions de dependència.

La proliferació de noves pràctiques familiars, famílies monoparentals, ruptures familiars, noves unions, reducció del grup familiar, conformen nous escenaris en els quals calen noves respostes.

El maltractament de la gent gran: un tipus més de violència familiar.

La violència és un fenomen molt present en la societat en la qual vivim i es manifesta de diverses formes, producte d'una crisi integral, política, social i econòmica; prova d'això són els darrers esdeveniments, quan les veus de milions de persones reclamàvem la pau, uns quants ordenaven la guerra, una guerra il·legal i injusta, imposant la violència per damunt de millors i més humanes formes de resoldre els conflictes.

Aquesta societat, tracta durament amplis sectors socials, particularment els exclosos, entre els quals sovint trobem les persones grans.

Dissortadament la família no ha estat immune a les diferents formes de violència.

Els maltractaments a les persones grans són un cas més de

violència intrafamiliar i en conseqüència, haurien de ser tractades, igual que les altres formes de violència que es produeixen en aquest àmbit. És necessari l'elaboració de protocols d'actuació també davant aquesta problemàtica igual que s'ha fet en altres tipus de violència familiar.

La violència en la llar i el maltractament als seus membres menys capaços de defensar-se sempre ha existit, però aquesta problemàtica s'ha intentat mantenir oculta.

En l'actualitat, el tema del maltractament/abús cap als ancians implica poder identificar aquesta població com un grup de risc creixent.

La violència invisible apareix com acceptada en silenci, generant complicitat.

La victimització social de l'ancià comença pels mites i estereotips que la justifiquen i acaben amb la seva discriminació.

Les persones sotmeses a situacions de violència familiar presenten un afebliment de les seves defenses físiques i psicològiques.

És necessari distingir, però, entre conflicte familiar i violència familiar.

Un estudi sobre els maltractaments a la gent gran assegura que, tot i les escasses dades, la gent gran pateix majorment la violència en forma de negligència, omissió i privació.

Aquesta situació és detectada en molts casos en les visites domiciliàries dels nostres serveis d'atenció primària. S'observen, per exemple, situacions en les quals una persona gran està sota el càrrec d'un fill i malgrat fer el que li sembla més adient, incorre en situacions de veritable abandonament.

En molts d'aquests casos els mateixos ancians rebutgen tot tipus d'ajut, i resulta difícil la intervenció si la persona gran no està incapacitada.

Altres vegades ens trobem que el cuidador és un fill solter amb greus problemàtiques personals de caràcter psíquic, físic i social (Iudopaties, alcoholisme, atur, edat avançada...). És corrent trobar-nos en situacions en què la cuidadora té 75

anys i la persona a la qual cuida en té 90, així en una mateixa llar podem trobar més d'una persona gran en risc.

S'ha constatat que el gran problema dels maltractaments als ancians en l'àmbit familiar és que no es denuncien. Resulta així difícil abordar el tema del maltractament a la gent gran en la seva pròpia llar, ja que entren en joc dos conceptes que tenen un important valor en la societat: Llar i Família.

Si durant molt temps s'ha considerat la família com una institució, difícil de substituir i si bé l'àmbit familiar pot proporcionar protecció, afecte i ajuda mútua, i de fet ho fa, també es pot convertir en escenari en què es desencadenen violències producte de rivalitats, conflictes, esgotament, promiscuïtat i rancúnies acumulades.

El maltractament en la família pot transmetre's de generació en generació, donant lloc a una espiral de violència en què es passa factura per antics greuges, abandonaments i abusos.

Alguns estudis plantegen que el nen maltractat es pot convertir després en adult agressor i, de gran, en víctima. Per tant, amb el temps i l'edat, es pot produir una inversió en la situació del maltractament i també en els rols.

Una altra inversió que es pot produir, és la del cuidador, generalment cuidadora, que ha estat víctima, i per què no dir-ho?, ha estat maltractat per la persona a la qual cuida atesa la demanda d'atenció en molts casos tiranitzant d'aquesta. El cuidador o cuidadora es torna maltractador, a causa de l'esgotament i la claudicació per l'esforç físic i emocional.

L'estrès del cuidador és un element que predisposa els cuidadors a aquest tipus d'actituds, cal dir, però, que no totes les situacions d'estrès acaben en maltractament, però sí que s'ha de tenir en compte des de l'actuació professional.

Com una de les possibles respostes a la impossibilitat familiar de contenir i cuidar els seus vells veiem l'aparició, en nombre creixent, de les residències o llars geriàtriques, i l'aparició de nous cuidadors. Sovint són dones vingudes d'altres països que sense acreditar una formació s'estan fent càrrec de la

cura del ancians dependents, moltes vegades amb salaris d'una veritable explotació.

Aquesta combinació, cura de la gent gran i immigració és un dels nous canvis que s'estan operant en la nostra societat.

Davant aquesta realitat cal preguntar-se en quines condicions s'atorguen aquestes cures i si no és necessari una formació per atendre persones tan vulnerables.

D'altra banda les condicions socials com l'atur, la pobresa, els espais reduïts dels habitatges també contribueixen a crear un clima de tensió en què les persones grans estan immerses i sovint tenen la percepció que fan nosa.

Sovint, però, no sempre les situacions de negligència, abús o maltractament van lligades a la pobresa, especialment en el cas de la gent gran.

L'aïllament social que pateixen moltes persones grans, sobretot les dones i els homes que viuen sols, sense vincles familiars, són per la seva vulnerabilitat víctimes invisibles de maltractament.

Les necessitats bàsiques insatisfetes són un altre tipus de violència i les seves víctimes sovint són testimonis silenciosos.

Tant la violència social com la violència familiar, sovint són difícils de fer visibles, atès que les mateixes víctimes no ho denuncien, de vegades per desconeixement dels recursos o perquè es neguen a denunciar els seus propis fills o familiars dels quals en general depenen afectivament o econòmicament).

### La societat

El maltractament a l'ancià és un fenomen que causa gran inquietud en la societat i davant el qual encara no s'adopten les mesures pertinents per enfrontar-lo d'una manera eficient.

Un aspecte important en la prevenció dels maltractaments i la negligència en les persones grans és la conscienciació de la societat, la sensibilitat dels professionals, dels cuidadors, l'educació dels grans, l'educació dels fills, i l'educació ciutadana en general.

És imprescindible el suport als serveis d'atenció primària socials i de salut. Les campanyes d'educació general s'han de dirigir a les persones grans que siguin víctimes de maltractaments o a testimonis directes o indirectes d'aquelles: membres de la família, veïns, amics..., població en general, de forma que pugui reconèixer els signes i indicadors del maltractament i les ajudes i recursos disponibles per lluitar contra aquesta problemàtica.

La sensibilització ciutadana cal que compti amb el suport dels professionals que treballen en els serveis socials i sanitaris comunitaris.

Calen polítiques orientades a la instauració de marcs legals i normatius orientats a determinar les directrius que defineixen els maltractaments o abusos donant suport al serveis i els professionals que es troben davant d'aquesta problemàtica.

És necessària la posada en funcionament de programes de prevenció, la creació de recursos necessaris per a l'abordatge integral del problema i la posada a punt d'un sistema d'avaluació sobre l'eficàcia i l'eficiència dels diferents programes que es puguin posar en funcionament.

#### Importància de la denúncia

Per finalitzar i des de la perspectiva del treball social, volem manifestar que: és un dret i un deure de tots denunciar la intimidació i l'assetjament, però aquest dret no forma part encara d'algunes cultures.

D'altra part la denúncia feta per la mateixa víctima en el cas de les persones grans és difícil per les possibles conseqüències, la por a les represàlies o el temor de ser ingressades, per tant, i especialment en els casos de maltractament psicològic, ens trobem en el nostre treball amb dificultats per a la detecció, i sols utilitzant l'escolta activa i visites periòdiques podem arribar a detectar situacions d'abús que per ser molt subtils són, a voltes, invisibles.

En la mesura que aquests abusos restin silenciats no apareixerà la magnitud real que té en el present aquesta problemàtica i per tant no es regularan els mecanismes socials per tal d'afrontar-la i prevenir en el futur.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

Conseil de L'Europe: *La violence envers les personnes âgées*. Estrasburg. França. 1992.

FEIXA, C. «Antropología de las edades», a Prat y Martínez (ed.), *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona, Ariel: 319-334. (San Roman, Vellesa i cultura, 1989)

# ESQUEMA I SINOPSI DE LA INTERVENCIÓ EN LA TAULA RODONA SOBRE VELLESA I MALTRACTAMENTS

---

*Sr. Carles McCragh i Prujà, advocat*

Malgrat que a un hom li agrada improvisar més que no preparar una conferència o taula rodona, ja que prefereixo l'espontaneïtat a les línies marcades, una legítima exigència de l'organització fa que aquesta intervenció hagi de ser preparada amb certa antelació, i aquest és el motiu de fer aquest esquema.

Necessàriament, però, en part per ser la darrera taula rodona, aquest resum o esbós només pot quedar-se en una intenció. Sense dubte, poden produir-se repeticions d'intervencions anteriors i al mateix temps s'han de recollir idees, reflexions i conclusions d'aquelles que no podran ser paleses aquí. Per tant, aquest esquema estarà mancat de totes les anteriors circumstàncies, que almenys en part s'hauran d'afegir i puntualitzar amb la intervenció en directe.

Atès que s'ha substituït una conferència que inicialment parlava dels drets humans per una altra, el títol de la qual, basat en el llibre del mateix conferenciant, no en parla, almenys directament, entenc que seria interessant iniciar aquesta intervenció amb una referència als drets fonamentals de les persones.

1. Tots els drets humans, tots els drets fonamentals, almenys des del punt de vista del món occidental, i amb ells el que denominaríem el dret positiu (inspirat evidentment en aquestes normes fonamentals i naturals), és a dir, les normes i la legislació més concretes i especials (el dret civil, el dret penal, el dret administratiu, el dret laboral...) tenen com a fonament i objectiu que els éssers humans tinguin una vida plena, digna i amb la millor qualitat possible, des del naixement fins a la seva mort.

Una mort que desitgem –i els drets humans així també ho procuren,– que es produeixi al més tard i al més dignament possible, i amb això volia fer una petita referència també al dret que tenim totes les persones, no sols a viure amb dignitat,

sinó a morir també amb dignitat, i em refereixo tant a la lluita contra la pena de mort en el món com a l'eutanàsia passiva, qüestió, aquesta última, molt debatuda tant jurídicament com moralment.

2. És, doncs, una aspiració molt natural i humana voler viure el màxim de temps possible. I només es viu (almenys de forma temporal) el màxim de temps si arribem a la vellesa. Aquesta aspiració natural compta, sense dubte, amb total unanimitat entre la gent (polítics, filòsofs, professionals o gent del carrer), sempre que la persona hi pensa, però ja coneixem que hi ha mecanismes d'autodefensa que fan que no pensem ni reflexionem gaire ni en la vellesa ni en la mort.
3. Clarament, per tant, si aquests drets humans intenten procurar una llarga i digna vida per als homes i les dones, és que procuren també que arribin dignament a la vellesa, una etapa en la qual ja hem vessat la major part de les nostres aportacions físiques, intel·lectuals i emotives en el nostre entorn, en la societat en la qual visquem i en els éssers que ens fan costat.
4. Aquí haurem de fer una necessària i breu relació dels drets fonamentals que procuren això, especialment de la Declaració Universal dels Drets de l'Home.

Podríem dir que són tots aquests drets els que recullen i exigeixen aquesta humana aspiració: el dret de tota persona a rebre una educació i uns estudis, a la llibertat, a l'ús de la llengua, a opinar i expressar-se lliurement, a associar-se, a reunir-se, a manifestar-se, a participar en la vida política, a votar, a practicar la religió i l'ideari polític, a no ser discriminat pel sexe, la raça, la nacionalitat, i altres circumstàncies o idees, el dret a la salut, al treball, a l'habitatge, a la protecció social i jurídica, el dret a la vida...

5. A la recerca d'aquest ideari (una vida llarga, plena i digna), la societat, a través de la seva legislació i de l'aparell jurídic, intenta protegir els segments humans d'aquesta mateixa societat més volubles, més febles. D'aquí, per exemple, la legislació especial sobre els menors, tant com a víctimes de maltractaments com a possibles delinqüents (malgrat que



un menor sempre ha d'ésser considerat com una víctima), o la legislació sobre la violència de gènere, de protecció de minories, o situacions especials d'explotació o necessitat (estrangeria, treball, esclavatge o pseudoesclavatge, etc.).

6. Paradoxalment, un d'aquest segments més volubles de la societat (i més en una societat basada fonamentalment en la competitivitat, la utilitat social i la producció), que és la vellesa, no té (almenys en el nostre país) cap tractament especial.

I que això és una realitat i una necessitat, que no és una quimera, una elucubració o una hipòtesi només, sinó un veritable i greu problema que passa en la nostra vida quotidiana, que hi és, que s'amaga i es descobreix cada dia, es demostra per la mateixa celebració d'aquestes Jornades, pel fet que les diverses disciplines que les organitzen i hi intervenen, disciplines i professions d'una evident inserció, influència i importància social, s'hagin aplegat i preocupat de palesar el problema, de posar-lo damunt la taula, que és la primera i més efectiva manera de buscar i trobar les solucions. Que treballadors socials, assistents socials, infermers, psicòlegs, metges i advocats hagin reunit les seves forces, paraules, idees i opinions, és un primer, ferm i important pas endavant per mostrar aquesta realitat social i aconseguir que aquesta injustícia social, si no desapareix, sí que almenys, sortirà a la llum, es busquin solucions i disminueixi, demostra que estem davant d'una greu mancança i oblit en la nostra societat.

7. S'hauran vist en aquestes Jornades les diverses situacions jurídiques, mèdiques, psicològiques, socials i d'altra índole en les intervencions que s'han anat fent, i ja s'hauran dibuixat i definit les mancances, les necessitats, les deficiències. Des d'un punt de vista jurídic no se'ns oculta la complexitat, la tremenda complexitat de legislar, de crear una normativa especialitzada que impedeixi els casos de maltractaments, tant físics com psíquics, a la gent gran.

Dificultats, perquè, com molt bé diu el títol de les Jornades, és un problema invisible, perquè es produeixen en el si de les famílies, en persones totalment volubles (tant volubles i

dependents que la major part no tenen ni força, ni veu, ni cap altra possibilitat ni eina per evitar els maltractaments que pateixen), que passa a tots els estaments i classes socials, que els envolta una manca de conscienciació social molt important.

Però hem de ser optimistes i pensar que altres situacions teòricament invisibles, durant molt temps amagades i àdhuc acceptades socialment, que es produïen també dins la mateixa institució familiar (maltractaments de nens, de dones...), han perdut aquesta invisibilitat, han sortit a la llum i si no es poden evitar totalment, s'intenten pal·liar i posar-hi remei. Aquestes Jornades són un pas molt important perquè els maltractaments de la gent gran deixin de ser invisibles, s'accepti aquest fet denigrant i s'hi intenti posar aquest remei.

Però dins d'aquesta important dificultat de crear, de pensar una legislació, unes mesures específiques que frenin aquestes situacions, s'ha d'intentar, almenys, donar solucions.

Quines poden ser aquestes solucions, solucions que resultaran complicades, i després, lentes, i en altres casos ineficaces, però que no per això ens ha de desanimar, que és un dels reptes, una de les aspiracions d'aquestes Jornades, és una de les qüestions que han de tenir, d'alguna manera, resposta. Doncs bé, comencem per buscar exemples. I així, en altres segments de la societat, els quals ja hem esmentat, s'han creat unes eines de treball, uns procediments, uns protocols, que és una manera de detectar el problema, començar a pensar-hi des de tots els àmbits possibles, treballar en conjunt, buscar solucions. Hi ha un Protocol d'actuacions en casos de maltractaments i abusos dels menors, és a dir, dels menors com a víctimes, i un protocol per als casos de violència domèstica (actualment s'ha de denominar de violència de gènere), protocols que s'han mostrat eficaços, que han donat els seus fruits. S'hauria de crear, doncs, un **PROTOCOL PER ALS CASOS DE MALTRACTAMENT DE LA GENT GRAN.**

Qui hauria de signar, de ser present en aquest protocol que estudiaria les diverses eines i recursos jurídics i legals, les ajudes i assistència social i econòmica, que aplegaria les idees,

els esforços, les solucions dels diversos estaments que lluiten i lluitaran per intentar evitar aquesta situació injusta i indigna?

Evidentment, i en primer lloc els professionals, els col·legis de professionals que han iniciat aquestes jornades, perquè són, si no els primers que han detectat el problema, sí els que l'han posat, amb decisió, sobre la taula.

També, evidentment, els jutges i el Ministeri Fiscal. Les forces de seguretat: mossos d'esquadra, i, evidentment, el poder executiu: el Govern. Però en quin àmbit? Malgrat tota aspiració de defensa dels drets humans ha de tenir un caràcter finalista de caire universal, la pràctica, la realitat, ens obliga a començar per casa nostra. Hauria de realitzar-se, crec jo, com a mínim a escala autonòmica, i, per tant, seria necessària la participació de la Generalitat de Catalunya amb els seus departaments de Justícia i Interior, de Governació, de Sanitat i Seguretat Social, de Benestar i Família, en fi, dels que calguin, perquè aquesta realitat social que ara assenyaalem, aquest repte que ens fixem, tingui les degudes garanties d'eficàcia i d'èxit.

# MALTRACTAMENT A LA GENT GRAN DINS LA FAMÍLIA

---

*Sra. Margarita Flequé i Riera, psicòloga*

El maltractament dins la família no és un problema social nou. Moltes vegades l'abús es produeix en aquelles persones en qui l'ancià ha dipositat la seva confiança.

Hi conflueixen molts factors i les possibles solucions també passen per diferents àmbits professionals. Des del punt de vista de la psicologia és fonamental treballar en la prevenció: identificar de manera precoç el risc de maltractament, valorar la situació familiar, les característiques personals del cuidador principal i les de la persona gran que moltes vegades, amb el seu comportament, pot generar situacions de maltractament.

Tot i que hi ha casos de maltractament físic, dins la família és més freqüent el maltractament psicològic i l'abandonament o negligència. En aquest darrer cas, moltes vegades el maltractador ni tan sols és conscient que està cometent una falta greu.

## PERFIL PSICOLÒGIC DEL MALTRACTADOR

---

- Baixa autoestima
- Atribueixen als altres la responsabilitat dels seus actes
- Dificultat d'adaptació a determinades situacions
- Temperament explosiu, amb dificultat per controlar els seus impulsos i valorar-ne les conseqüències
- Sentiment d'aïllament psicosocial
- Sentiment de ser «explotat» pels altres

## SITUACIÓ DE RISC EN L'ENTORN FAMILIAR

---

- Història de dificultats, demandes i necessitats no satisfetes (manca d'afecte, de suport per part de la persona gran en algun moment de la vida o de la relació entre ambdós)
- Dependència econòmica o d'habitatge del cuidador envers l'ancià.
- Estrès del cuidador
- Mala relació prèvia entre ambdós.

- Conflictes de parella del cuidador principal (relacionats amb el fet d'estar cuidant una persona gran: conflictes de lleialtat, canvis en l'estil de vida).
- Comportament i actitud de l'ancià (demandes constants, insults, agressions físiques).

### SITUACIÓ DE RISC EN L'ENTORN SOCIAL DEL MALTRACTADOR

---

- Manca de relacions socials
- Poc suport i manca de col·laboració de la família
- Manca d'espai vital
- Addicció a l'alcohol o les drogues
- Depressió del cuidador
- Canvi estructural i de valors de la família

### PREVENCIÓ

---

- Valoració de la situació familiar i del perfil psicològic del cuidador principal per tal de fer les oportunes intervencions (evitar la sobrecàrrega del cuidador, evitar que accepti un rol per al qual no està preparat o que rebutja)
- Informació i sensibilització
- Suport a la família i, en especial, al cuidador principal
- Entrenar el cuidador en la resolució de problemes i en el maneig de situacions d'estrès
- Creació de grups d'ajuda mútua

### INTERVENCIÓ

---

- Treball en equip
- Sensibilitzar-se amb la situació personal del cuidador principal
- Intervenir en la presa de consciència del problema i que les intervencions es produeixin al més aviat possible
- En cas de trastorn mental del cuidador, cal plantejar-se la possibilitat de derivar i tractar
- Prioritzar la prevenció

## PROPOSTES DE MILLORA

---

- Disposar de recursos
- Atenció i ajudes a domicili
- Centres i hospitals de dia
- Ingressos temporals per descàrrega
- Atenció psicològica a les famílies (per a informació, conscienciació, suport emocional, potenciar les relacions socials i evitar l'aïllament).

## MALTRACTAMENTS EN LA GENT GRAN

---

*Sra. Fina Vernet Aguiló, infermera*

Jo vinc a explicar una experiència començada i un treball fet, amb l'esperança que serveixi a altres infermeres i altres equips multidisciplinaris per continuar avançant en la difícil comesa d'abordar els maltractaments a les persones ancianes.

L'experiència va sorgir de factors multicausals, com passa gairebé sempre:

La professora Pilar Torres estava plantejant la seva tesi doctoral sobre els maltractaments als ancians i disposava de gran quantitat de documentació. Jo, des de la meva formació com a terapeuta familiar i la meva tasca com a infermera al PADES, donava voltes a l'existència indiscutible del problema i, ensems, a la gran dificultat d'evidenciar-lo i consensuar-lo en el si de l'equip simplement per manca d'instruments per avaluar-lo.

De tota la informació consultada no vam trobar cap instrument que a mi em servís en la tasca quotidiana per fonamentar documentalment allò que observàvem tot sovint als domicilis que ens indicava que alguna cosa no rutllava bé i que donava lloc a acalorades discussions dins l'equip quan sorgia l'etiqueta de maltractament amb tota la por i l'ambivalència que desperta el tema, tant més com quan ens referim a persones ancianes amb dependència i una gran necessitat d'atencions de llarga durada per als cuidadors domiciliaris, formals i informals.

Sovint ens atrapàvem en la valoració de les causes, agravants i atenuants d'una situació concreta, cosa que ens situava constantment en el terreny relliscós dels judicis de valors, propis o compartits, però no fonamentats en una evidència sorgida de dades objectives registrades.

Des de la perspectiva infermera, doncs, ens vam llançar a la tasca de dissenyar un instrument avaluador que d'una forma ràpida i senzilla ens permetés, en primer lloc, aportar dades concretes a l'equip multidisciplinari, en segon lloc ens donés

un mapa per a dur a terme intervencions infermeres específiques i en tercer lloc obrir el camí per a una investigació futura en el camp de la infermeria partint d'alguna cosa concreta, pensada i feta a la mesura de les necessitats i els recursos de les infermeres del nostre entorn.

El punt de partida va ser utilitzar l'esquema de les 14 necessitats fonamentals que ens ofereix el Model Infermer de V. Henderson i basant-nos en l'aplicació d'aquest Model, fer una valoració focalitzada i centrada en l'observació i la primera visita al domicili de persones dependents per tal de evidenciar o no alteracions o dèficits en la satisfacció de les necessitats fonamentals que junt amb una valoració del cuidador, relacionada amb els coneixements, les habilitats i la motivació per a proporcionar la suplència necessària en la satisfacció de les necessitats específiques de la persona dependent ens permetés avançar cap als nostres objectius.

Tot seguit, vam iniciar la validació del full de recollida de dades en nombre molt reduït però en un àmbit prou ric per poder consensuar la comprensió i el significat dels ítems a valorar, cosa que ja ens va evidenciar la magnitud de la tasca que requeriria en un futur validar científicament l'instrument.

Fruit d'aquesta primera etapa en va sorgir una Comunicació al II Congrés Internacional d'Infermeria Geriàtrica i Gerontològica a Oviedo l'any 2001 (Pilar Torres Egea/ Fina Vernet Aguiló. *Llibre de Comunicacions del Congrés*) en el qual vam presentar el registre de dades com a manifestacions per a la formulació del Diagnòstic d'Infermeria «Afrontament Familiar Inefectiu. Incapacitant» N.A.N.D.A. 1980 i del qual val a dir que en la petita mostra recollida en sorgien elements de discussió prou interessants.

El propòsit de continuar treballant en el tema va romandre viu i es van continuar recollint dades fins que els avatars de les vides personals no ens han permès, de moment, continuar com a grup de treball, per la qual cosa, i atesa la importància que creiem que té el tema que ens ocupa i la fe en el treball que vam fer el compartim perquè algú el continuï.



---

*Dr. Antoni San José Laporte, metge*

---

### Organización Mundial de la Salud

---

- Programa de salud para las personas mayores
- Envejecimiento y salud
- Envejecimiento y trayectoria de vida

---

### Envejecimiento activo

---

Es el proceso de optimización de las oportunidades para la salud, participación y seguridad con el objetivo de aumentar la calidad de vida de las personas mayores.

---

### Maltrato. Actuaciones a nivel hospitalario

---

- Violencia a niños
- Violencia de género
- Violencia a personas mayores
- Medidas sociales
- Medidas legales
- Medidas sanitarias

---

### UFISS Geriátría Hospital Vall d'Hebron

---

- 2 médicos
- 2 enfermeras
- 1 psicólogo
- 1 trabajador

---

### Áreas de actuación

---

- Plantas de hospitalización
- Urgencias
- Consultas externas
  - Médicas
  - Neuropsicológicas

---

### Maltrato físico

---

- Alto índice de sospecha
- Recogida detallada de las lesiones

- Valoración geriátrica
- Comunicación judicial
- Contacto con Atención Primaria de Salud y Social

### Negligencia

- Alto índice de sospecha
- Recogida detallada del problema de salud (diagnóstico, tratamiento recibido y evolución)
- Valoración geriátrica
- Explicación detallada y por escrito al cuidador del plan de cuidados del paciente
- Comunicación Atención Primaria de Salud y Social

### Autonegligencia

- Alto índice de sospecha
- Valorar la gravedad y riesgo que entraña
- Valorar la capacidad mental del paciente
- Valorar y asesorar a la familia
- Comunicación con Atención Primaria de Salud y Social

### Maltrato psicológico

- Alto índice de sospecha
- Observación del comportamiento del paciente y su familia
- No permitirlo en el hospital; ni por parte de los cuidadores ni de los profesionales
- Comunicación a Atención Primaria de Salud y Social

### Abandono

- Tópico extendido, especialmente los meses de verano
- Más frecuente es el «bloqueo» familiar ante el alta
- En general son pacientes con necesidades sociosanitarias

### Recomendaciones para la prevención

- Intervención social y judicial
  - Trabajadores sociales
  - Viviendas para situaciones de crisis, teléfonos de ayuda
  - Respuesta judicial

- Intervención sanitaria
  - Atención primaria de salud
  - Servicios de urgencias
  - Unidades de hospitalización
- Educación sanitaria
  - Medios de comunicación
  - Campañas informativas.

### DECLARACIÓN DE HONG KONG DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL MALTRATO DE ANCIANOS

41a Asamblea Médica Mundial. Hong Kong. Septiembre 1989

Los médicos que atienden ancianos deben:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y/o abandono.
- Proporcionar una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el abuso/abandono.
- Permanecer objetivos y no emitir opiniones personales.
- Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia.
- Informar toda sospecha de casos de maltrato o abuso de ancianos, conforme a la legislación local.
- Trabajar en equipos interdisciplinarios que integran médicos, profesionales de enfermería, servicios sociales, salud mental y legal, cada vez que sea posible.
- Estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que proporcionen servicios domiciliarios, descargas y disminución del estrés a las familias de alto riesgo.

## DECLARACIÓN DE TORONTO PARA LA PREVENCIÓN GLOBAL DEL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES

17 de noviembre de 2002  
Organización Mundial de la Salud

Los trabajadores de la salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que se enfrentan con casos de maltrato de ancianos de forma cotidiana, aunque con frecuencia no los diagnostican como tales.

Es vital la educación y diseminación de la información, tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez).

En cualquier sociedad algunos grupos de población son particularmente vulnerables al maltrato y abuso de las personas mayores, como los muy ancianos, los que sufren discapacidades funcionales, las mujeres y los pobres.

Voelker, Rebecca, *Elder abuse and neglect a new research topic*, JAMA 2002; 288: Nov 13.

Ruiz Sanmartín *et al.*, A., *Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos*, Atención Primaria 2001; 27: 331-334

*www.elderabusecenter.org*  
*http://www.who.int/hpr/ageing/*  
*- Active Ageing: A Policy Framework*  
*- The Toronto Declaration on the Global*  
*Prevention of Elder Abuse*



## CONCLUSIONS

---





## CONCLUSIONS

---

### EL MALTRACTAMENT A LA GENT GRAN: UN PROBLEMA INVISIBLE

Aplegats durant dos dies 250 professionals convocats pels col·legis professionals d'Advocats, de Diplomats d'Infermeria, de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials, de Metges i de Psicòlegs de les comarques gironines, hem estat treballant el maltractament de la gent gran.

La nostra hipòtesi de partida era que el maltractament a la gent gran era una bombolla invisible, que calia punxar-la per descobrir-ne la real dimensió en la nostra societat.

Al terme d'aquestes Jornades, volem avançar les observacions següents a tall de conclusions provisionals:

#### CONSTATEM

---

Que la base fonamental d'on brollen les actituds i les accions de maltractament són els estereotips que la societat té de la persona gran i de l'envelliment.

Que el maltractament té a veure amb danys físics i també: amb la negligència del cuidador, amb el menyspreu, la coacció, la manipulació econòmica, la segregació per l'edat i el sexe, i, sobretot, per l'aïllament, l'infantilisme i la soledat en què sovint viu la persona gran.

Que es distingeixen perfils dels victimaris i també de les víctimes.

Que un dels principals objectius de tota intervenció professional és transmetre el desig de viure i l'acceptació tranquil·la i serena de la mort.

Que la motivació i la formació dels cuidadors és el recurs més adient per al manteniment de la qualitat de vida de l'ancià i la disminució de tot tipus de maltractament.

Que no hi ha cap tipus de legislació específica referent a la situació de maltractament de la gent gran. Això significa que és una realitat social que no ha estat present. Hi ha, doncs, una mancança.



Que els equips de professionals que atenen en els diferents àmbits i serveis de la gent gran no són suficients i hi manquen professionals d'algunes disciplines per completar l'equip: psicòlegs.

La manca de mecanismes legals que ajudin les víctimes a reclamar els seus drets i, alhora, facin desaparèixer les pors dels professionals que els inhabiliten per a l'acció.

Que els maltractaments no es coneixen, que els que es coneixen no es registren, que els que es registren no es denuncien.

Que els estudis sobre maltractament provenen de països forans. A casa nostra manquen estudis sobre la incidència d'aquest fenomen.

Que per garantir la qualitat de vida i l'autonomia de les persones que viuen en institucions cal que tinguin accés àgil a les pròtesis (bucals, etc.) i a les intervencions de cataractes, etc.

## MANIFESTEM

---

Que sabem que el maltractament existeix. No coneixem, però, ni quants, ni com, ni qui, ni el perquè. Moore diu: «Existeix un maltractament passiu a escala massiva». És urgent saber què passa en el nostre país.

Que ha arribat el moment d'instaurar un nou paradigma que consideri la gent gran com a persones amb tots els seus drets.

Que és necessari sensibilitzar en concret els professionals per tal que detectin els maltractaments.

Que els professionals i cuidadors, motivats i formats es mantinguin actius al llarg de la seva vida laboral: atenció, doncs, al cansament laboral (síndrome d'esgotament professional) i a la formació continuada (educació al llarg de la vida).

Que les situacions de maltractament constitueixen un problema social del qual ha de sensibilitzar-se l'opinió pública.

Que les persones grans poden ésser objecte de maltractament tant en l'àmbit familiar com en l'institucional. Que també les institucions són llocs on es reben maltractaments: la direcció, els professionals, la normativa de la institució poden ser agents de maltractament.

Que la detecció dels maltractaments demana, a més de les actituds de respecte a la persona gran, dotar els professionals d'eines i protocols adients.

Que aquesta realitat social sigui reconeguda, tractada i plasada en una normativa legal específica.

## PROPOSEM

Que la societat modifiqui el paradigma tant en ús que relaciona la gent gran i l'envelliment amb la malaltia, la dependència i la manca de productivitat.

Que els col·legis professionals convocants continuïn en el treball iniciat durant aquests dies.

Que els professionals, individualment i conjunta, assumeixin el repte anunciat durant aquests dies: «entre tots fem visible els maltractaments infligits a les persones grans».

Que el Parlament català proposi polítiques actives que redueixin els factors de risc i augmentin la incidència dels factors que protegeixen la salut i el benestar, sobretot en l'àmbit de la gent gran i de les seves famílies.

### Que el Govern de la Generalitat doti:

- El sistema sanitari i de serveis socials, de recursos suficients
- Les famílies amb persones dependents a càrrec, d'elements de suport d'acord a les seves necessitats.

### Que els professionals:

- Treballin coordinats i de forma interdisciplinària
- Es dotin d'eines d'intervenció i de protocols de detecció
- Es capacitin continuadament amb formacions específiques
- Assumeixin que el temps de dedicació, la sensibilització i el respecte a la voluntat de l'ancià... són les condicions que determinen el bon tracte.

Que dins el ventall de professionals que han de tenir una destacada intervenció en l'àmbit de la gent gran i que actualment hi estan o pràcticament absents són el psicòleg i els advocats, entre d'altres. Han d'estar integrats en els equips de treball. Que l'Administració autonòmica reguli aquesta mancança, sobretot en referència als equips d'atenció primària.

Que les administracions s'impliquin de manera decidida a lluitar contra aquest mal que s'infligeix al col·lectiu de la gent gran:

- Cal un control rigorós i proper a les institucions que tenen cura de les persones grans.
- Calen comitès d'ètica assistencial i desenvolupar sistemes de gestió del risc.

Que la recerca –la bona eina per a una bona pràctica– sigui una realitat a casa nostra. Les institucions implicades hauran de disposar de recursos i implicar les persones adients.

Que s'elabori un protocol de casos de maltractament a la gent gran, promogut pels col·legis organitzadors d'aquestes jornades.

Que l'Administració autonòmica (departaments de Justícia, Benestar i Família...) adopti mesures específiques amb relació a la gent gran i promogui la creació d'un protocol *ad hoc* per a la gent gran, equiparable als existents sobre el maltractament als infants i a les dones.

## PARTICIPANTS

---





## PARTICIPANTS:

---

### Comitè Organitzador

Sr. Àngel Guevara i Casanova  
Sra. M. Àngels Pérez i Garcia  
Sra. Neus Seseña i Calvillo  
Sr. Joaquim de Toca i de Ciurana  
Sra. Yolanda Vilà i Fernández

### Comitè tècnic

Sr. Albert Abós i Araguan  
Sra. Mercè Badosa i Queiros  
Sra. Ester Campmol i Aymerich  
Sra. Marga Canta i Vilanova  
Sra. Úrsula Carvacho i Monasterio  
Sra. Montse Juanola i Giralt  
Sra. Roser Llambí i Macià  
Sr. Emili Marco i Segarra  
Sra. Anna Puig i Aleman  
Sra. Margarita Puigvert i Vilalta  
Sra. Maria Rieradevall i Tarrés

### Secretaria tècnica

Eva Maria Piló Carnerero  
Pilar Lozano Martínez

### Organitzadors

Il·lustre Col·legi Oficial d'Advocats de Girona  
Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Girona  
Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents  
Socials de Catalunya, Delegació de Girona  
Col·legi Oficial de Metges de Girona  
Col·legi Oficial de Psicòlegs, Delegació de Girona

### Col·laboradors

Diputació de Girona  
Ajuntament de Girona  
Caixa de Girona  
Mutual Mèdica de Catalunya i Balears  
Laboratorios Dr. Esteve, SA



Generalitat de Catalunya  
Departament de Benestar i Família