

Jornadas de Prevención e Intervención en Malos Tratos a Personas en Situación de Dependencia



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMSERSO

Jornadas de Prevención e Intervención en Malos Tratos a Personas en Situación de Dependencia

Celebradas el 7 y 8 de noviembre de 2006

Colección Documentos
Serie Documentos Técnicos

N.º 21012

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>

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

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:
Onoff Imagen y Comunicación

Primera edición, 2007

- © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- © Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)
- © Organización Mundial de la Salud (OMS)

EDITA:

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n. c/v. Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid
Tel. 91 363 89 35 - Fax 91 363 88 80
E-mail: publicaciones.imserso@mtas.es
<http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/pubcat>

NIPO: 216-07-060-0

D.L.: M-54.194-2007

IMPRIME: ARTEGRAF, S.A.

ÍNDICE

Presentación	7
I PARTE. JORNADAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MALOS TRATOS A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. Celebradas el 7 y 8 de noviembre de 2006	9
Ponencias: ASPECTOS LEGALES	11
Aspectos penales del maltrato al mayor. El papel del Ministerio Fiscal en la protección al mayor maltratado. Antonio Illana Conde. Magistrado Juez de Granada	11
La incapacitación y la tutela como defensa del incapaz frente a los malos tratos. Susana Montesino Sánchez. Responsable del Área Jurídica-Fundación Hurkoa, Donosti	21
Nuevas formas de maltrato a la infancia. Javier Urra Portillo. Psicólogo de la fiscalía del Tribunal Superior de Justicia y de los Juzgados de Menores de Madrid	28
Mesa Redonda: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE MALTRATO A MAYORES	35
El profesional de atención primaria ante los malos tratos a personas mayores. Antonio Moya Bernal. Médico de Familia IMSALUD. Instituto Madrileño de la Salud	35
Maltrato institucional en el ámbito gerontológico. Domingo Quintana Hernández. Director técnico sanitario del Centro Residencial Davida, Tenerife	43
Relación entre abuso a animales y personas mayores. Nuria Querol Viñas. GEVHA, Grupo de Estudio de Violencia en humanos y animales	50
Profesionales de atención domiciliaria a personas mayores, víctimas de maltrato de género. Carmen González-Rosón Flores. SIAD 24 Servicios socio-sanitarios. A Coruña	53
Asesoría en casos de malos tratos y quejas tanto en residencias como en domicilio. Gabriel Marinero San Miguel. Secretario de Asociación Ayuda al Anciano sobre Residencias. Madrid-Valladolid	58
Ponencias: MALTRATO EN EL COLECTIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ENFERMOS MENTALES	65
Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Abelardo Rodríguez González. Subdirección Gral. de Asistencia Técnica y Coordinación para personas con discapacidad-Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de Madrid	65
Maltrato en adolescentes con discapacidades: características, factores de riesgo y prevención. Gonzalo Oliván Gonzalvo. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón	85
Código ético y Comités de ética asistencial. Buenas prácticas y prevención del maltrato en FEAPS. Ana Carratalá Marco. FEAPS. Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual	86
Mesa Redonda: DETECCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MALTRATO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ENFERMOS MENTALES	92

Servicios de Asesoramiento en casos de malos tratos a discapacitados. Victoria Barrio. FAMMA-COCEMFE (Federación de Asoc. de disminuidos físicos de la comunidad de Madrid)	92
Manual de prevención y detección del maltrato para mujeres con discapacidad psíquica. M ^a José Frutos Frutos. Fundación Síndrome de Down de la Región de Murcia	100
Integración laboral y social de mujeres cuya discapacidad procede, o se ha visto agravada, por la violencia de género. Cristina Pavón Caballero. Presidenta de Fundación Genus -CAILU- Centro especial de empleo. Sevilla	104
Indicadores de prevención de riesgos de maltrato en personas dependientes físicamente. José Juan García Ruiz. Coordinador Técnico Centro Base de Atención a Discapacitados nº 2. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid	107
Situación de los enfermos mentales y discapacitados psíquicos en los hospitales psiquiátricos penitenciarios. José Vidal Carballo, Director-Gerente del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla . . .	112
Ponencia: REDES INTERNACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES. María Teresa Bazo Royo. Catedrática de Sociología de la Ancianidad de la Universidad del País Vasco	115
Taller: PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SOBRE EL MALTRATO. Inmaculada Miralles García. Foro Técnico de Formación	117
 II PARTE. TALLER DE ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA EN VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.–Celebrado los días 21 y 22 de junio de 2007	135
Utilización del Manual de Prevención y Detección del maltrato para mujeres con discapacidad psíquica de la Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia. M ^a José Frutos Frutos. Diplomada en Trabajo Social	139
Detección del maltrato a personas dependientes. José Juan García Ruiz. Director del Centro Base de Atención a Discapacitados	141
Utilización de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Caregiver Burden Interview como instrumento de prevención del maltrato. Domingo Quintana. Psicólogo	150

PRESENTACIÓN

El maltrato a las personas en situación de dependencia no es un fenómeno aislado. Como en otras diferentes formas de violencia, y hasta hace poco tiempo, el silencio y la consideración como asunto privado han dificultado la visibilidad de este problema.

La complejidad de este fenómeno reclama una acción integral con el objeto de desarrollar los mecanismos necesarios para su prevención y tratamiento. Cualquier iniciativa de lucha contra el maltrato a los diversos colectivos debe tener en cuenta que:

- La incidencia real del fenómeno del maltrato es poco conocida.
- El maltrato se produce a menudo en el entorno familiar de la víctima pero se da también en instituciones residenciales, sanitarias, sociales, organismos sociales y entidades de servicios, entre otros.
- Muchos de los tipos de maltratos a personas dependientes no son reconocidas como tales por el conjunto de la sociedad, en consecuencia, no generan alarma social ni reciben la atención que requieren.
- La imagen negativa del envejecimiento y la discapacidad no es ajena al desarrollo de este fenómeno.
- La actuación interdisciplinaria, la coordinación y la cooperación entre los diferentes servicios y los agentes implicados, es fundamental para el éxito de cualquier plan o programa de prevención y/o intervención.

Aunque no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de instrumentos para el cribado rutinario de maltrato a personas en situación de dependencia; no obstante es aconsejable estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia, así como incluir herramientas en el curso de la asistencia a dichos colectivos en la labor cotidiana de los profesionales responsables para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente dando prioridad a aquellas personas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad.

Por todo ello **los objetivos** de estas jornadas y taller fueron:

- * Dar a conocer y sensibilizar a todos los actores sociales sobre la prevención, detección e intervención en malos tratos a todas aquellas personas en situación de dependencia.
- * Conocer los aspectos legales implicados en los malos tratos a personas en situación de dependencia.
- * Trabajar sobre instrumentos de valoración y detección de malos tratos. Determinando las fases y condiciones de la intervención.
- * Dar a conocer las redes internacionales contra los malos tratos.
- * Analizar programas de formación sobre el tema del maltrato para los profesionales de las diversas disciplinas pertinentes.

Los destinatarios a los que se dirigieron ambas actividades fueron, no solo los profesionales de las diversas disciplinas pertinentes, sino también los investigadores, los educadores y los encargados de formular las políticas y adoptar las decisiones.

Pero también para las personas que tienen contacto frecuente con los diferentes colectivos susceptibles al maltrato, entorno familiar, familia y amigos y otros actores de la sociedad, así como las organizaciones sin ánimo de lucro, los centros comunitarios, los programas de asistencia diurna y las escuelas, los grupos de autoayuda y de apoyo, etc...

DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

I Parte

JORNADAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MALOS TRATOS A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Celebradas el 7 y 8 de noviembre de 2006

PONENCIAS: ASPECTOS LEGALES

ASPECTOS PENALES DEL MALTRATO AL MAYOR. EL PAPEL DEL MINISTERIO FISCAL EN LA PROTECCIÓN AL MAYOR MALTRATADO

Antonio Illana Conde
Magistrado Juez. Granada

1. TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL MALTRATO AL MAYOR EN EL CÓDIGO PENAL

El tratamiento diferenciado del mayor que pueda existir en el Código Penal vigente respecto a cualquier otro grupo de víctimas, nace de la pérdida de facultades físicas y mentales asociada al incremento de la edad de una persona. El legislador ha considerado que tal pérdida de facultades convierte al mayor en una persona más inerte que otra potencial víctima en plenitud de facultades y que ello requiere una protección jurídica más intensa. En consecuencia, no es descabellado señalar que la mayor protección que el ordenamiento penal pueda dispensar al mayor como víctima de un delito va asociada, –salvo los supuestos de parentesco–, a una situación de vulnerabilidad, dependencia o discapacidad, (*entendida en el sentido que lo hace el Art. 25 del C. Penal, que posteriormente veremos*), pero si la persona mayor se encontrara en óptimas facultades físicas y mentales, el mero criterio o dato objetivo de la edad, no puede suponer una protección privilegiada ante la comisión de un delito.

En todo caso, es notorio que en diversas ocasiones, si concurre esta situación de vulnerabilidad física o mental, la situación de la persona anciana puede ser aprovechada por el autor del hecho, por la mayor facilidad que en estos casos tienen para llevar a cabo su conducta sin que la víctima pueda dar una adecuada respuesta ante el delito de que está siendo objeto.

La protección penal al mayor como víctima del delito surge fundamentalmente a través de tres instituciones.

La primera de ellas es el hecho de que en determinados delitos, el hecho de que la víctima sea una persona “**incapaz**” supone una circunstancia que agrava la pena que se pueda imponer al autor del hecho, en comparación con la que pudiera corresponderle si la víctima no hubiera tenido tal condición.

Como primer paso, es necesario conocer que debe entenderse por “incapaz” a los efectos del C. Penal. Según el Art. 25 de dicho texto legal *“A los efectos de este Código se considera incapaz a toda persona, haya sido o no declarada su incapacitación, que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar a su persona o bienes por sí misma”*.

Por tanto, a los efectos de mayor punibilidad del hecho cometido, no es necesaria la previa existencia de una sentencia de incapacitación, sino que la víctima presente una condición que fuera suficiente para justificar dicha declaración.

Como segunda institución protectora debe señalarse que con la entrada en vigor en el año 2004 de la modificación del C. Penal al amparo de la Ley de Protección integral contra la violencia de género. Se han endurecido considerablemente las penas en determinados delitos, (lesiones, malos tratos, coacciones o amenazas), en atención a una especial relación entre el autor del hecho y la víctima. Globalmente la reforma se ha planteado en relación a los delitos de que puedan ser objeto las mujeres, pero la misma se sustenta en la creación de tres niveles de protección, que de manera general, podemos concretar en los siguientes:

- Un primer nivel de protección máxima integrado por las esposas o ex-esposas y las mujeres que sean pareja de hecho del agresor.

- Un segundo nivel de protección intensificada integrado por el resto de familiares (ascendientes, descendientes, hermanos, etc.), con convivencia efectiva con el agresor.
- Un tercer nivel de protección normalizada, integrado por el resto de personas distintas a las anteriores.

Pues bien debe destacarse que la ley ha equiparado a las personas integradas en el primer nivel de protección máxima a **“las personas especialmente vulnerables que convivan con el autor”**.

Sin duda que una persona mayor con limitación grave física o mental, podrá y deberá ser incluida dentro de esta categoría, por lo que, en los casos en los que exista convivencia efectiva entre la víctima y el agresor, la conducta de lesiones, maltrato habitual, trato degradante, amenazas o coacciones será castigada con la máxima pena que el C. Penal prevé para estas conductas.

En todo caso, en el supuesto de inexistencia de esa especial vulnerabilidad, la protección privilegiada a la persona mayor se lleva a cabo a través del castigo de las **conductas cometidas sobre los ascendientes, si existe entre víctima y agresor convivencia efectiva, o sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentren sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados**, lo que sitúa a dichas personas dentro del segundo nivel de protección citado.

El maltrato supone, a priori una de las formas que más directamente ataca los derechos de las personas, incluido el derecho fundamental a su integridad física, y su comisión vulnera radicalmente la dignidad de la persona humana. El maltrato puede conceptuarse como: *“Acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, que se infieren de manera reiterada y que se propician normalmente dentro de un ambiente familiar o de relación de cuidados”*. (Antonio M Maroto. “Temas jurídicos y enfermedad de Alzheimer y otras demencias”. AFAL. Madrid. 2002).

Englobada en esta definición podemos incluir múltiples aspectos, pero sin duda los más reiterados, y también los más graves, son los de naturaleza física, psíquica y económica.

La tercera institución protectora surge a través de la existencia de determinados delitos o faltas respecto de los cuales se contempla específicamente al mayor como posible víctima de los mismos, así como la existencia de ciertas circunstancias que, en caso de concurrir en la conducta delictiva, pueden agravar la responsabilidad del autor del hecho.

Respecto a los tipos penales que específicamente recogen a los mayores como víctimas de los mismos, podemos señalar los siguientes puntos de interés:

- En los delitos de agresiones y abusos sexuales, la pena se verá agravada cuando la víctima sea especialmente vulnerable por razón de su edad o enfermedad.
- El C. Penal castiga dejar de prestar la asistencia para el sustento de los ascendientes que se hallen necesitados. En estos casos, si el ascendiente fuera una persona desvalida, la denuncia podrá interponerla el Ministerio Fiscal.
- Para los supuestos en los que no exista la anterior relación de parentesco, el C. Penal castiga el no prestar socorro a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, siempre que pueda hacerlo.
- Otra figura específica de protección del mayor en un supuesto en que aparece como víctima de un comportamiento con relevancia penal es el recogido en el Art. 619 del C. Penal que castiga como autor de una falta **“A los que dejaren de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados”**.

Nos encontramos en presencia del abandono de personas mayores. Es evidente que el Código Penal no castiga este hecho de acuerdo a la importancia que tiene. Las personas mayores desvalidas son personas de extrema fragilidad y con nula capacidad de autodefensa. Esta especial vulnerabilidad de la víctima y la atención constante que requieren de su cuidador hace que el abandono por parte de este pueda suponer un grave riesgo a la vida y la salud de estas personas que podrá castigarse como un delito de omisión del deber de socorro en los

casos más graves, quedando la falta citada para su aplicación a los casos en que tal peligro manifiesto y grave no existe. En todo caso, sería deseable una mayor y más específica protección jurídica penal de estas personas.

Dicha falta puede ser cometida tanto por los familiares del mayor, (Sentencia de 20 de Febrero de 1998 de la Audiencia Provincial de Badajoz), como por personal de una residencia geriátrica, (Sentencia de 17 de Abril de 2002 de la Audiencia Provincial de Murcia).

En cuanto a las circunstancias que pueden agravar la responsabilidad criminal del autor del hecho, debemos hacer referencia a dos supuestos:

Por un lado aquellas aplicables con carácter genérico a la comisión de cualquier delito, como son el **abuso de superioridad** o el **abuso de confianza**. Resulta evidente que cualquiera de ambos supuestos puede concurrir en el caso de personas de edad avanzada.

Por otra parte, en determinados delitos, si específicamente concurren algunas circunstancias que, –a efectos prácticos se pueden apreciar en el caso de hechos cometidos contra personas mayores de avanzada edad o con disminución de facultades psíquicas o físicas–, la pena puede verse agravada. Así, en los delitos de estafa o apropiación indebida, la situación económica en que pueda quedar la víctima o el abuso de las relaciones personales entre la víctima y el autor del hecho, agravan la pena a imponer.

2. MEDIDAS CAUTELARES Y DE PROTECCIÓN. LA ORDEN DE PROTECCIÓN INMEDIATA

La imposición de una condena penal determinará el cumplimiento de una pena que podrá ser privativa o no privativa de libertad y que en la mayor parte de los casos en supuestos de personas mayores dependientes determinará la imposición de la correspondiente prohibición de acercamiento y comunicación con la víctima. Sin embargo, no puede obviarse que la existencia de aquella condena es la última fase del procedimiento penal, que hasta ese momento puede haberse dilatado en el tiempo. Por ello el sistema protector que nuestro derecho otorga a la víctima de un delito, y entre ellos al mayor maltratado, se extiende a los momentos inmediatamente posteriores a la iniciación del correspondiente procedimiento penal.

A) Medidas cautelares que pueden adoptarse durante el procedimiento penal

Al hablar de medidas cautelares, debemos identificar las mismas con las medidas de protección que se pueden adoptar durante la tramitación de un procedimiento penal, hasta que el mismo termine por sentencia, momento en que cesarán las mismas, por contraposición a las prohibiciones impuestas por sentencia, que ya no tienen ese carácter provisional o preventivo, sino que ostentan el carácter de auténtica pena, al formar parte del contenido de una sentencia judicial. Las medidas cautelares se regulan en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. No obstante, para definir cuáles son las medidas concretas que pueden adoptarse, dicha ley remite al Código Penal, dado que lo que nuestro legislador ha pretendido es que las mismas prohibiciones que tienen la naturaleza de pena, puedan ser adoptadas previamente a la existencia de una sentencia condenatoria, pero con carácter cautelar.

El fundamento de estas medidas se encuentra en el Artículo 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que señala como primeras diligencias dentro del procedimiento, *“la de proteger a los ofendidos o perjudicados por el mismo, a sus familiares o a otras personas, pudiendo acordarse a tal efecto las medidas cautelares a las que se refiere el artículo 544 bis o la orden de protección prevista en el artículo 544 ter de esta ley”*. En consecuencia, con base a este precepto, las medidas cautelares que pueden adoptarse son las recogidas en los citados Artículos 544 bis y 544 ter.

Conforme al Artículo 544 bis, en los casos en que se investigue, entre otros, un delito que afecte a la vida, integridad física, sexual, moral o patrimonial de un mayor, el Juez o Tribunal podrá, cuando resulte estrictamente necesario al fin de garantizar la protección de la víctima, imponer cautelarmente al inculpado:

- La prohibición de residir en un determinado lugar, barrio, municipio, provincia u otra entidad local, o Comunidad Autónoma.
- La prohibición de acudir a determinados lugares, barrios, municipios, provincias u otras entidades locales o Comunidades Autónomas.
- La prohibición de aproximarse o comunicarse, con la graduación que sea precisa, a determinadas personas.

La propia ley señala que en caso de incumplimiento de la medida acordada, podrá acordarse la prisión provisional u otra medida cautelar que implique una mayor limitación de su libertad personal.

El Artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal regula la llamada orden de protección inmediata a las víctimas de la violencia doméstica. La primera cuestión que debemos expresar con toda claridad es que, aunque la publicidad mediática y los medios informativos han identificado esta orden como aplicable a las mujeres víctimas de malos tratos, esta idea aporta una visión muy parcial de las posibilidades de la reforma legal, ya que el texto de la misma se refiere a "*alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2 del Código Penal*" el cual se refiere a "*ascendientes o incapaces que con él (el autor del delito), convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro (el autor del delito o su cónyuge)*". En consecuencia, esta orden de protección es, si se cumple el requisito de la convivencia, **plenamente aplicable a los ascendientes** del autor del hecho o de su cónyuge, estén o no aquellos legalmente incapacitados e independientemente de su estado de salud física o mental.

El requisito básico para la adopción de esta orden, además de los ya señalados de que se trate de un tipo determinado de delito, la relación de parentesco y la convivencia, es la existencia de *una situación objetiva de riesgo para la víctima que requiera la adopción de alguna de las medidas de protección reguladas en el citado artículo*.

La orden de protección podrá ser solicitada por la víctima o por el Ministerio Fiscal, pero las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de alguno de los hechos que puedan dar lugar a su adopción deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de guardia o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda adoptar dicha orden.

La orden de protección podrá solicitarse directamente ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal, o bien ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, las oficinas de atención a la víctima o los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las Administraciones públicas. En este último caso, los servicios sociales y las instituciones citadas deberán facilitar a las víctimas a las que hubieran de prestar asistencia la solicitud de la orden de protección, poniendo a su disposición con esta finalidad información, formularios y, en su caso, canales de comunicación con el Juzgado de guardia o el Ministerio Fiscal.

En cuanto al procedimiento para su concesión es relativamente simple y rápido, si bien el principal problema radica en la necesidad de celebrar una comparecencia ante el Juez en que deberán estar presentes tanto la víctima como el denunciado. Si este se encontrara en paradero desconocido o no pudiera ser citado, dicha comparecencia no se podrá celebrar, y consecuentemente la orden no podrá adoptarse. En tal caso, para evitar la absoluta desprotección de la víctima, podrán adoptarse las medidas del Art. 544 bis, para las cuales no se exige tal trámite.

Debe señalarse que **la orden de protección confiere a la víctima un estatuto integral de protección** que comprenderá las medidas cautelares de orden civil y penal contempladas en este artículo y aquellas otras medidas de asistencia y protección social establecidas en el ordenamiento jurídico, **pudiendo hacerse valer ante cualquier autoridad y Administración pública**.

Las medidas cautelares de carácter penal podrán consistir en cualesquiera de las previstas en la legislación procesal criminal, incluidas las señaladas en el Art. 544 bis. La ley no permite adoptar para el supuesto de mayores sometidos a malos tratos medidas de naturaleza civil, solamente previstas para el caso de que existan hijos menores o incapaces. Tal aspecto debería ser modificado, pues entre estas medidas figura la atribución del uso y disfrute de la vivienda familiar, pudiendo darse el caso de que un anciano maltratado deba salir de la vivienda que comparte con el familiar, si se acordara un alejamiento al no establecerse nada respecto al uso de la vivienda.

La orden de protección será notificada a las Administraciones públicas competentes para la adopción de medidas de protección, sean éstas de seguridad o de asistencia social, jurídica, sanitaria, psicológica o de cualquier otra índole.

Como se puede observar, el alcance de estos dos preceptos y su aplicación conjunta, constituye un valioso instrumento de protección, al contemplarse las prohibiciones de residencia, acercamiento o comunicación por parte del agresor. El sistema se ve reforzado por la **expresa obligación de adoptar nuevas medidas en caso de incumplimiento** de las medidas señaladas al agresor, que incluso pueden llegar a convertirse en orden de ingreso en prisión.

B) Las penas de no aproximación. Cómo actuar en caso de incumplimiento

En los casos en los que una sentencia judicial declare la existencia de un delito, dicha sentencia puede recoger, además de la correspondiente pena privativa de libertad o pecuniaria, diversas **prohibiciones que no ostentan ya el carácter de medida cautelar, sino de auténtica pena**. El fundamento de las mismas aparece en el Código Penal, (no en la Ley de Enjuiciamiento Criminal como hemos visto en el apartado anterior), el cual establece que en determinados delitos los jueces o tribunales, podrán acordar en sus sentencias la imposición de una o varias de las prohibiciones contempladas anteriormente. En los supuestos de los delitos cometidos sobre los **ascendientes o sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a su custodia o guarda en centros públicos o privados**, tales prohibiciones se acordarán, en todo caso.

Es importante destacar que si la víctima fuera, entre otros, un ascendiente o persona especialmente vulnerable, será obligatoria la imposición de la medida de **prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal**.

Hemos visto anteriormente que en el caso de incumplimiento de una orden de protección inmediata, la ley prevé unas medidas concretas que se pueden adoptar. De manera similar a lo anterior, también nuestra legislación configura un sistema de protección en caso de incumplimiento de una de estas prohibiciones, que, recordemos, tienen el carácter de auténtica pena, puesto que no se imponen durante la tramitación del procedimiento, sino en la sentencia que pone fin al mismo. En estos casos nos encontraríamos en el supuesto de la comisión de un delito de **quebrantamiento de condena**, castigado para este supuesto con pena de prisión de tres meses a un año o la de trabajos en beneficio de la comunidad de 90 a 180 días.

C) Medidas cautelares en los supuestos de suspensión de condena

Debemos señalar, como cuestión de suma importancia que, según la duración de la pena de prisión impuesta al autor del hecho, es posible que él mismo se pueda beneficiar de la institución de la suspensión de la condena, regulada en el propio Código Penal. Como se puede deducir fácilmente, este beneficio permite al condenado seguir en libertad durante un tiempo que se considera de prueba, transcurrido el cual, si el autor del hecho no ha cometido otros delitos, se entiende la pena por cumplida, mientras que, en caso contrario debería de cumplirla. El criterio fundamental es que cualquier penado sin antecedentes previos, podrá beneficiarse de la suspensión de la ejecución de la pena, si la que le ha sido impuesta no supera los dos años, suspensión que tendrá un plazo máximo de cinco años. Es indudable que la aplicación del mecanismo de la suspensión supone que el condenado, no solamente no ingresa en prisión, sino que, además, en principio, tendría intacta su capacidad y libertad de movimientos, salvo la imposición concreta de una prohibición del Art. 48 en la sentencia.

Para evitar esta disfunción que podría tener como consecuencia que una persona condenada por malos tratos o lesiones siguiera haciendo una vida normal, y, en consecuencia, próxima a la víctima del delito, el Artículo 83 del Código Penal, señala que en el caso de que la pena suspendida fuese de prisión, el juez o tribunal sentenciador, si lo estima necesario, podrá también condicionar la suspensión al cumplimiento de las obligaciones o deberes que le haya fijado de entre las siguientes:

1ª Prohibición de acudir a determinados lugares.

2ª Prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, o de comunicarse con ellos.

3ª Prohibición de ausentarse sin autorización del juez o tribunal del lugar donde resida.

4ª Comparecer personalmente ante el juzgado o tribunal, o servicio de la Administración que estos señalen, para informar de sus actividades y justificarlas.

5ª Participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual y otros similares.

6ª Cumplir los demás deberes que el juez o tribunal estime convenientes para la rehabilitación social del penado, previa conformidad de éste, siempre que no atenten contra su dignidad como persona.

Con este precepto se pretende que el condenado con la pena suspendida no tenga acceso a la víctima del delito. Estas prohibiciones durarán lo que dure el plazo de suspensión de la condena.

Respecto a las consecuencias que tendría el incumplimiento de estas prohibiciones u obligaciones, el Juez podría imponer nuevas prohibiciones más gravosas para el condenado, o, incluso, dejar sin efecto la suspensión y acordar el cumplimiento de la pena de prisión inicialmente suspendida.

D) La regulación de la prisión preventiva en estos supuestos

Íntimamente unida a esta materia aparece la regulación de la Prisión Preventiva en nuestra legislación, medida pensada como una medida de privación de libertad, mientras que se celebra el juicio para que el presunto autor del delito no intente evadir la acción de la Justicia o no continúe actuando contra la víctima. Esta medida sólo se adoptará cuando **objetivamente sea necesaria** y cuando no existan otras medidas menos gravosas para el derecho a la libertad a través de las cuales puedan alcanzarse los mismos fines que con la prisión provisional.

En consecuencia, lo primero que debe reseñarse es que la prisión provisional es una medida que se adoptará con **carácter restrictivo**, y que nunca puede decretarse en el caso de que la conducta denunciada y que se está investigando sea constitutiva de falta, aunque, en el ámbito de los malos tratos a los ancianos, la única conducta que puede ser considerada como falta son las amenazas leves o las injurias o vejaciones de carácter leve, así como los supuestos de dejar de prestar asistencia o auxilio a una persona mayor que lo necesite, conductas para las cuales, en principio, la medida de prisión preventiva resulta, a todas luces excesiva.

Aunque, en principio, la ley señala un límite en relación con la pena que pudiera corresponderle al delito cometido para poder acordar la prisión provisional, este límite no opera en los delitos cometidos contra víctimas que sean ascendientes del autor del hecho, si lo que se pretende es evitar que se puedan volver a reproducir hechos similares a aquellos por los que el imputado comparece ante el Juez.

Sin embargo, si no existiera ese riesgo porque se hubiera adoptado una orden de protección, o porque se presumiera que la víctima está suficientemente segura, y lo que se pretendiera al decretar la prisión provisional fuera evitar la fuga del presunto autor del hecho o la destrucción o el ocultamiento de pruebas, en este caso sí sería necesario respetar el requisito de que el máximo de la pena que pudiera imponerse al autor del hecho ha de ser igual o superior a dos años.

Lógicamente, si la prisión provisional es una medida cautelar y que debe adoptarse con la debida prudencia, es normal que la Ley señale a la misma un límite máximo en cuanto a su duración, pues la prisión preventiva no puede servir como pena anticipada, por ello la prisión provisional **durará el tiempo imprescindible para alcanzar cualquiera de los fines previstos y en tanto subsistan los motivos que justificaron su adopción.**

Como regla general, su duración no podrá exceder de un año, si el delito tuviere señalada pena privativa de libertad igual o inferior a tres años, o de dos años si la pena privativa de libertad señalada para el delito fuera superior

a tres años. No obstante, podrá acordar una sola prórroga de hasta dos años en el segundo caso, o de hasta seis meses en el primero.

Cuando la prisión provisional se hubiere acordado para evitar la sustracción u ocultación de pruebas, su duración no podrá exceder de seis meses.

3. ACTUACIÓN DEL MINISTERIO FISCAL

El Ministerio Fiscal, regulado en nuestro país como una institución que actúa en defensa de la legalidad, tiene también en nuestra legislación un papel relevante en la protección o defensa de las personas desvalidas o discapacitadas en los casos en que no existe otra persona que pueda llevar a cabo este papel protector de aquellos. Lógicamente esta protección es una protección de tipo jurídico, pero que se evidencia en una multiplicidad de aspectos, no solamente en el penal. En consecuencia, vamos a estructurar esta parte de la intervención en dos apartados: la protección en el ámbito penal y la protección en el ámbito civil.

En lo que se refiere al ámbito penal, existen en nuestro derecho procesal penal tres tipos de procedimiento para la instrucción y el enjuiciamiento de causas por delitos: el procedimiento ordinario, el abreviado y el procedimiento de enjuiciamiento rápido. Sin duda que son precisamente los dos citados en último lugar los más utilizados.

En referencia al procedimiento de enjuiciamiento rápido, el Ministerio Fiscal tiene intervención directa en estos procedimientos, pudiendo solicitar al Juez instructor la práctica de diligencias de investigación, y formulando en su caso, escrito de acusación. En dichos procedimientos de enjuiciamiento rápido, el artículo 797 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en concordancia con lo dispuesto en la exposición de motivos de la propia Ley, habla de la participación activa del Ministerio Fiscal en las diligencias de investigación que se lleven a cabo, y desde luego es conveniente su participación. Además una vez practicadas las diligencias de instrucción, el Juez oír a las partes personadas y, lógicamente, al Ministerio Fiscal corresponde decidir sobre cuál es el rumbo que debe seguir la tramitación del procedimiento, dando la posibilidad al Ministerio Fiscal de formular su escrito de acusación. Es de destacar en este punto que aunque la víctima de los presuntos malos tratos no quiera personarse en el procedimiento judicial con su abogado y procurador, circunstancia que se da en un alto número de casos, el Ministerio Fiscal actuará en defensa de los intereses de la víctima, por lo que la renuncia o el perdón otorgado por aquella no supone un correlativo archivo del procedimiento, pudiendo este seguir hasta la celebración del juicio únicamente con la acusación sostenida por el Ministerio Fiscal.

Lógicamente, no es el trámite de los juicios rápidos el único que existe en nuestra legislación. Si, en atención al delito presuntamente cometido, el tipo de procedimiento a seguir para su enjuiciamiento fuera otro, también el Ministerio Fiscal tiene una relevante participación, pudiendo concretar alguna de estas en las siguientes:

- Posibilidad de solicitar medidas cautelares de protección a la víctima.
- Posibilidad de solicitar medidas cautelares para su imposición al presunto autor del hecho.
- Posibilidad de solicitar al Juez la práctica de diligencias de investigación.
- Posibilidad de instar, a la vista del curso del procedimiento, la incapacitación de la víctima, o, durante la ejecución de la pena que se hubiera impuesto al condenado la de éste.

En el ámbito del procedimiento abreviado, posiblemente el que con más frecuencia se utiliza en nuestro derecho procesal para el enjuiciamiento de delitos, la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece lo siguiente en el Art. 773:

*1. El Fiscal se constituirá en las actuaciones para el **ejercicio de las acciones penal y civil** conforme a la Ley. Velará por el respeto de las garantías procesales del imputado y por la protección de los derechos de la víctima y de los perjudicados por el delito.*

*En este procedimiento **corresponde al Ministerio Fiscal, de manera especial, impulsar y simplificar su tramitación sin merma del derecho de defensa de las partes y del carácter contradictorio del mismo, dando a la Policía Judicial instrucciones generales o particulares para el más eficaz cumplimiento de sus funciones, interviniendo en las actuacio-***

nes, aportando los medios de prueba de que pueda disponer o solicitando del Juez de Instrucción la práctica de los mismos, así como instar de éste la adopción de medidas cautelares o su levantamiento y la conclusión de la investigación tan pronto como estime que se han practicado las actuaciones necesarias para resolver sobre el ejercicio de la acción penal.

Pero junto a ello, la Ley de Enjuiciamiento Criminal admite que el propio Ministerio Fiscal sea un órgano que tenga capacidad de recibir denuncias y realizar, al menos preliminarmente la investigación de los hechos contenidos en las mismas. Así, el Art. 773 al que nos estamos refiriendo, también determina que:

2. Cuando el Ministerio Fiscal tenga noticia de un hecho aparentemente delictivo, bien directamente o por serle presentada una denuncia o atestado, practicará él mismo u ordenará a la Policía Judicial que practique las diligencias que estime pertinentes para la comprobación del hecho o de la responsabilidad de los partícipes en el mismo. El Fiscal decretará el archivo de las actuaciones cuando el hecho no revista los caracteres de delito, comunicándolo con expresión de esta circunstancia a quien hubiere alegado ser perjudicado u ofendido, a fin de que pueda reiterar su denuncia ante el Juez de Instrucción. En otro caso instará del Juez de Instrucción la incoación del procedimiento que corresponda con remisión de lo actuado, poniendo a su disposición al detenido, si lo hubiere, y los efectos del delito.

Para el personal asistencial o facultativo que está en contacto con personas ancianas, es conveniente una comunicación fluida con el Fiscal de su correspondiente territorio, pudiendo formular las denuncias por hechos presuntamente delictivos ante el mismo, o interesando la adopción de medidas de incapacitación o internamiento.

Por lo que se refiere al ámbito civil, la norma fundamental es la Ley de Enjuiciamiento Civil. La legislación civil contempla medidas de protección en el caso de personas mayores sometidas a malos tratos. De las mismas nos ocuparemos en la parte final de esta intervención.

El principio general de intervención se contiene en el Art. 749 de la Ley de Enjuiciamiento Civil por el cual *en los procesos sobre incapacitación, en los de nulidad matrimonial y en los de determinación e impugnación de la filiación será siempre parte el Ministerio Fiscal, aunque no haya sido promotor de los mismos ni deba, conforme a la Ley, asumir la defensa de alguna de las partes.*

2. En los demás procesos a que se refiere este título será preceptiva la intervención del Ministerio Fiscal, siempre que alguno de los interesados en el procedimiento sea menor, incapacitado o esté en situación de ausencia legal.

Par dar cumplimiento a este mandato, el Art. 753 señala que: *"de la demanda se dará traslado al Ministerio Fiscal, cuando proceda"*

Pero la Ley de Enjuiciamiento Civil no se limita a señalar que el Ministerio Fiscal deberá ser parte en estos procedimientos, sino que le permite, incluso se le insta, a iniciar él mismo el procedimiento en el caso de que las personas que primeramente debieran hacerlo no lo lleven a cabo. Concretamente para el caso de los procedimientos de incapacidad, el Art. 757 señala lo siguiente:

1. La declaración de incapacidad puede promoverla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes, o los hermanos del presunto incapaz.

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

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

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

Lógicamente el Fiscal cumplirá esta función legal en la medida en que tenga conocimiento de la existencia de una persona que se encuentre en esta situación. Es por ello por lo que, reiterando lo ya dicho, es necesaria una comunicación fluida entre los profesionales que se dedican a la asistencia y cuidado de los ancianos y los fiscales de su respectivo municipio o partido judicial.

La Ley también otorga al Fiscal la función de defender al presunto incapaz, siempre que este no lo hiciera por sí mismo. En este sentido, la ley señala que:

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

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

Para finalizar este apartado, debemos hacer referencia a la actuación del Ministerio Fiscal en la adopción de medidas cautelares de protección a favor de la víctima. En el ámbito penal, respecto a las dos posibilidades que se han expuesto en el epígrafe anterior, el Fiscal deberá intervenir y podrá solicitar la adopción de medidas cautelares, bien tanto en el caso de que se adoptaran de oficio por el Juez como en el caso de la adopción de una orden de protección inmediata.

Por su parte, en el ámbito civil la Ley recoge la posibilidad de que el Ministerio Fiscal solicite la adopción de medidas tendentes a proteger la persona y los bienes del presunto incapaz hasta el eventual nombramiento de un tutor para aquel. Así, establece la Ley de Enjuiciamiento Civil en su Art. 762 lo siguiente:

1. Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación.

2. El Ministerio Fiscal podrá también, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación de una persona, solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas a que se refiere el apartado anterior.

Las mismas medidas podrán adoptarse, de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacitación.

En relación a tales medidas debe señalarse que la Ley de Enjuiciamiento Civil vigente, a fin de evitar los riesgos que para el propio presunto incapaz pudieran derivarse de la inevitable tardanza que en la declaración de incapacidad se habría de producir, autoriza al **Juez para adoptar, con carácter cautelar, las medidas que estimare necesarias** para la adecuada protección de su persona o de su patrimonio. Este fundamento general se concreta en diversas medidas, de muy variada naturaleza, desde la administración judicial y cautelar de sus bienes, hasta la fijación de una limitación para realizar determinadas actuaciones, pasando por la anotación en el Registro de la Propiedad y en el Registro Civil del procedimiento de incapacitación existente. De todas estas medidas, la que más interés puede tener, a los efectos del tema que nos ocupa es la de la declaración del internamiento urgente no voluntario.

Es importante señalar que **pueden acordarse estas medidas antes de que exista proceso de incapacitación o en el curso de éste**, ya que si antes de iniciado el juicio de incapacitación el Juez competente tuviera conocimiento por razón de su cargo de la existencia de alguna posible causa de incapacitación en una persona, señala la ley que adoptara de oficio las medidas que estime necesarias y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal, para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación. Pero además de esta posibilidad también el Ministerio Fiscal podrá, en cuanto tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación de una persona solicitar del tribunal la inmediata adopción de las medidas cautelares necesarias. Una vez iniciado el procedimiento judicial, las mismas medidas podrán adoptarse de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacitación (artículo 762.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Debe señalarse que no establece la Ley qué medidas pueden adoptarse, dejando al arbitrio del Juez la elección de las que considere más adecuadas en atención a las circunstancias de cada caso.

Haciendo referencia específicamente a la medida de internamiento no voluntario, señala la ley que **el internamiento, por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial**, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En el caso de internamientos urgentes, la decisión de adoptar el mismo es facultad del médico psiquiatra que atienda regularmente al paciente, o bien que esté de guardia en cualquier servicio médico.

En todo caso, antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal **oír**á a la persona afectada por la decisión, **al Ministerio Fiscal** y a cualquier otra persona que estime conveniente.

Cuestión distinta al supuesto al que nos hemos referido son las **autorizaciones de ingreso en centros geriátricos**, que no son consideradas internamientos por motivos psiquiátricos, pero conservan ciertas similitudes. En algunos casos, esta problemática ha sido resuelta a través de una legislación autonómica propia. En otros supuestos, las resoluciones judiciales se inclinan cada vez más ampliamente por considerar necesaria la autorización judicial para ingreso en centro geriátrico en el caso de personas que no están en condiciones para decidirlo por sí mismos, si bien con la limitación de que esa falta de capacidad para otorgar el consentimiento a su ingreso se deba a trastorno psiquiátrico, y siempre que el centro donde sea internado el anciano le proporcione los cuidados médicos y farmacológicos necesarios para atender y paliar su enfermedad mental. En estos casos, se requiere la **intervención del Ministerio Fiscal** en el procedimiento judicial necesario para conceder dicha autorización.

LA INCAPACITACIÓN Y LA TUTELA COMO DEFENSA DEL INCAPAZ FRENTE A LOS MALOS TRATOS

Susana Montesino Sánchez
Responsable del Área Jurídica-Fundación Hurkoa. Donosti

PRESENTACIÓN DE HURKOA

Hurkoa es una fundación tutelar que nace en 1990 creada por Cáritas Diocesana de Gipuzkoa para la atención y tutela de personas mayores incapaces. Con el transcurso del tiempo, e inspirados por la filosofía de Cáritas de atender toda situación de necesidad no resuelta, desde Hurkoa empezamos a gestionar también tutelas de enfermos mentales más jóvenes (pero siempre mayores de 18 años), primero como casos excepcionales y en la actualidad, desde hace cinco años, como un pilar más de nuestra actividad tutelar.

Actualmente nuestro trabajo se desarrolla mediante los siguientes servicios:

- La gestión de un centro de día para personas mayores: donde tratamos de mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes y sus familiares cuidadores favoreciendo la permanencia del mayor en su propio entorno.
- El programa Hurbiltzen como medio de atención y prevención de la dependencia con personas mayores en el medio rural.
- La función tutelar, que entendida en un sentido estricto como ejercicio de un cargo tutelar legalmente establecido, es la razón que motiva la creación de Hurkoa. Ahora bien, la experiencia de estos años ha revelado que una eficaz protección del incapaz ha de incluir:
 - Por un lado, la *prevención*, lo que ha llevado a Hurkoa a prestar también sus servicios a personas en situación de dependencia, aunque no de incapacidad.
 - Y por otro, la *atención a las familias* de los incapaces, por lo que se creó en su día un programa de asesoramiento y apoyo a familiares.

Atendemos actualmente a 266 personas incapaces o dependientes y a 67 familias.

El problema del abordaje de situaciones de maltrato a personas mayores o de situaciones de riesgo de que se produzca algún tipo de maltrato se nos presentó casi desde el mismo momento de echar a andar por las propias características de las personas a las que se dirige nuestra acción.

Resulta común a los estudios que se han llevado a cabo sobre el maltrato a los mayores una serie de características que conformarían el perfil de víctima:

- Mujer mayor, sola, de más de 75 años.
- Aislada socialmente.
- Con importante deterioro funcional por una enfermedad crónica o progresiva (Alzheimer, Parkinson, ACVA, etc.).
- Portadora de problemas y conductas anómalas: incontinencia, agresividad, agitación nocturna...
- Impedida física y/o mentalmente.
- Carente de funciones en su entorno-pérdida de roles; esposa, madre, cuidadora, etc.
- Dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
- Convive con un familiar que es el principal y único cuidador.

De las 266 personas que atendemos directamente en Hurkoa, y a los efectos que aquí nos interesan, podemos destacar como rasgos principales que 179 tienen más de 60 años (de ellas 99 más de 80 años), 151 son mujeres, y si atendemos a su estado civil, 154 son solteras sin hijos.

Si miramos los motivos más recurrentes que han determinado la decisión de solicitar su incapacidad y su tutela, además del hecho cierto y objetivo de la existencia de una causa incapacitante, encontramos los siguientes:

Falta de apoyo familiar, 94.

Dificultades en la administración y abusos económicos, 70.

Dificultades del cuidador, 27.

Conflictos familiares, 18.

Abandono y soledad, 12.

Sospecha de maltrato físico y/o psíquico, 2.

La comparativa de ambos perfiles, el de víctima de malos tratos a mayores y de atendidos por Hurkoa presenta grandes paralelismos.

De esta misma relación de motivos se desprende un hecho que determina en gran medida la experiencia de Hurkoa en el tratamiento del maltrato a mayores: las situaciones que con más frecuencia debemos abordar presentan problemas de abandono por conflictos familiares, de negligencia en el cuidado por agotamiento o enfermedad psíquica del cuidador, o por falta de conocimientos o de recursos para el cuidado, de abusos financieros de toda índole, desde privarle de su pensión a la manipulación de importantes cantidades de dinero o la obtención de donaciones sospechosas... En raras ocasiones se nos han presentado casos de maltrato físico por agresiones o maltrato psíquico en los que no haya habido una intervención previa de otras instancias.

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD Y CARGOS TUTELARES

Una vez presentada la Fundación Hurkoa y expuesto el marco en que se encuadra nuestra experiencia en el abordaje de los malos tratos a los mayores, es momento de tratar más concretamente sobre la incapacitación y la tutela como medida de protección en estas situaciones.

Quizá sea conveniente empezar por definir brevemente la incapacidad y los cargos tutelares.

Dice el artículo 200 del Código Civil que "son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma".

Esta circunstancia (el padecimiento de una enfermedad de este tipo) coloca a la persona que la padece y sus intereses en una situación de gran vulnerabilidad frente a las decisiones, acciones y omisiones propias y ajenas.

La tutela, la curatela y la defensa Judicial son los instrumentos adecuados para defender y salvaguardar a la persona incapaz y sus intereses. Esta y no otra es la finalidad de los institutos tutelares. Es importante que los profesionales de los distintos ámbitos que tengan que abordar problemas de malos tratos a mayores tengan esto claro y se vaya desterrando la imagen, subsistente hoy día en algunos ámbitos, de la incapacitación como una agresión a la persona aquejada por una enfermedad incapacitante a estos efectos.

La existencia de una causa de incapacidad y su alcance sólo puede ser declarada por un Juez en sentencia judicial. Esto es, para que la causa de incapacidad esté reconocida y tenga efectos legales, ha de llevarse a cabo un proceso judicial en el que el Juez competente acordará la realización de las pruebas legalmente establecidas (dictamen médico-forense, examen judicial del presunto incapaz y audiencia de sus parientes más próximos), y cualesquiera otras que el tribunal estime necesarias, de oficio o a instancia de las partes. A la vista del resultado de las pruebas el tribunal dictará sentencia declarando la incapacidad, el alcance de la misma y el régimen de guarda y protección que estima más adecuado para dicha incapacidad. Igualmente la designación de la persona, física o jurídica, que haya de

ejercer el cargo tutelar es decisión judicial tras oír a los parientes más próximos, al propio incapaz si tuviera suficiente juicio y a todas aquellas personas que el tribunal estime oportuno por su relación con el incapaz.

Mediante la tutela, la persona que ha sido declarada incapaz verá suplida esta deficiencia con la figura de un tutor que le represente en aquello para lo que haya sido incapacitada por el Juez.

Mediante la curatela, las personas que a juicio del Tribunal tienen su capacidad parcialmente afectada podrán seguir manejando sus intereses con la asistencia de un curador que garantizará que no lleven adelante decisiones que vayan en su propio perjuicio.

Por último, mediante la Defensa Judicial se resolverán las situaciones en las que el habitual tutor/curador del incapaz tenga intereses contrapuestos a los de éste. En estos casos un defensor judicial se ocupará de proteger los intereses del incapaz en la concreta situación de conflicto.

Con la intervención judicial se busca garantizar que nadie sea declarado incapaz sin causa suficiente, que la incapacidad que se declare lo sea en la medida en que realmente afecta a la persona, y que quien asuma el cargo tutelar sea la persona más adecuada para el beneficio y los intereses del incapaz.

Los cargos tutelares se ejercerán siempre bajo control judicial.

LA TUTELAY LOS MALOS TRATOS

Sentadas estas bases es importante tener en cuenta que sólo se podrá acudir a las instituciones tutelares como forma de resolver una situación de malos tratos si la víctima o posible víctima es una persona incapaz, es decir, si padece una enfermedad o deficiencia persistente que le impida gobernarse por sí misma.

Esto lleva a un planteamiento previo a cualquier intervención: ¿es la persona afectada por los malos tratos incapaz de decidir en los términos legales a que nos hemos referido previamente?

En muchas ocasiones la respuesta es clara y ningún profesional que deba abordar la situación dudará de la capacidad de la persona a la que debe prestar asistencia. En el extremo opuesto hay otras ocasiones en que también la respuesta es evidente: pensemos, por ejemplo, en una persona con enfermedad de Alzheimer en un grado avanzado. Sin embargo, no siempre es obvia la situación de capacidad o incapacidad. En aquellos casos dudosos será prioritario esclarecer esta circunstancia, ya que de ello dependerá la manera de intentar abordar la situación de maltrato. Si, a pesar de la duda inicial, tras un estudio más detenido se considera que la víctima de los malos tratos es una persona capaz, el profesional que le asista deberá prestarle todo el apoyo y asesoramiento que precise para hacer frente a su situación, pero será ella quien en última instancia deberá tomar sus propias decisiones.

La actuación habrá de ser distinta si la víctima de los malos tratos es una persona incapaz. Puesto que se ha valorado que no está en situación de poder decidir válidamente habrá que poner en marcha la maquinaria judicial para declarar su incapacidad, y dentro de este marco será donde se puedan adoptar las medidas de protección que resulten más adecuadas para cada caso concreto, en un primer momento decididas por el Juez y posteriormente por el tutor nombrado judicialmente.

El procedimiento judicial se inicia previa demanda solicitando la incapacitación de una persona y el nombramiento de un tutor para ella. Esta demanda puede ser instada por el cónyuge o pareja de hecho del presunto incapaz, sus descendientes, sus ascendientes, sus hermanos.

Cuando estos no existan o no lo hagan deberá hacerlo el Ministerio Fiscal si conoce la situación. A este fin, cualquier persona puede informarle de los hechos que conozca determinantes de una incapacitación. Esta facultad se convierte en obligación para las autoridades y funcionarios públicos que los conozcan por razón de sus cargos.

El proceso de incapacitación tiene una duración lo suficientemente larga como para que habitualmente no se pueda esperar a su resolución para abordar la situación de los malos tratos. Para resolver esta dificultad el Juez podrá

acordar las medidas cautelares que estime necesarias, y que le sean solicitadas para la protección del incapaz o de su patrimonio, incluso con carácter previo a la demanda si la urgencia del caso así lo aconseja.

Para llevar esto a cabo habrá que tener en cuenta los siguientes elementos:

En primer lugar, a la hora de acudir al Juzgado para iniciar un procedimiento de este tipo habrá que contar con pruebas que avalen la existencia de una causa de incapacitación y, cuando se va a solicitar la adopción de medidas cautelares, indicios suficientes de la existencia de los malos tratos o la situación de riesgo de que se puedan producir. Sobre esta segunda cuestión será frecuente que no se pueda contar con la víctima para conocer la situación. Las propias enfermedades o deficiencias que causan la incapacidad (demencias degenerativas, deterioro cognitivo, Alzheimer, enfermedades mentales,...) limitan tanto la capacidad de percepción de la realidad como la capacidad de expresarse de las personas que las padecen, llegando en muchas ocasiones a no ser siquiera conscientes de estar siendo víctima de un maltrato por haber perdido ya el control de los intereses que están siendo vulnerados. Esto es bastante frecuente –por ejemplo– en los casos de abuso financiero o de una administración inapropiada de la medicación. Por lo tanto habrá que llegar al convencimiento de la existencia de los malos tratos por otras vías distintas.

En segundo lugar, habrá que estudiar el entorno de la persona afectada, sus familiares, sus amistades más cercanas, y buscar los apoyos que este entorno pueda ofrecer a la intervención que se lleve a cabo. También habrá que considerar la resistencia y las dificultades que personas de este mismo entorno puedan plantear, ya que no hay que olvidar que habitualmente el responsable de los malos tratos suele ser alguien cercano a la víctima, en muchas ocasiones su principal cuidador.

En tercer lugar, habrá que valorar adecuadamente cuáles sean las medidas más convenientes a aplicar tratando de que cumplan los siguientes objetivos:

- que eviten que los malos tratos continúen, o que prevengan que se lleguen a producir cuando hay una situación de riesgo;
- que la víctima vea su vida alterada lo mínimo imprescindible para conseguir el;
- que, también en la medida en que sea posible, minimicen al máximo la reacción negativa que el causante del daño pueda tener, especialmente contra la víctima.

En cualquier caso no se debe olvidar que se está decidiendo en nombre de otra persona y que por lo tanto habrá que tener en cuenta sus preferencias y sus valores siempre que sea posible en la medida en que se conozcan.

EXPERIENCIA DE HURKOA

Trasladando todo lo anteriormente expuesto a la experiencia concreta de Hurkoa, hemos de empezar diciendo que abordamos cualquier situación de este tipo teniendo en cuenta las siguientes premisas:

- Las situaciones de malos tratos y las formas en que se presentan son tan variadas como las causas que los generan.
- El maltrato se produce en cualquier contexto social, económico y cultural, en el domicilio o en residencia.
- Raramente es un hecho aislado: la persona mayor maltratada lo será más de una vez y probablemente en más de una forma.
- Aunque se de en ámbitos familiares o de relaciones de confianza no es aceptable la consideración de "asunto privado". Sin intervención, el maltrato casi siempre empeora.
- Los profesionales de la Sanidad y de los Servicios Sociales tienen especial obligación de identificar y actuar en los casos con razonable sospecha de maltrato. En muchas ocasiones no será un hecho evidente, por lo que su detección sólo será posible si quien se enfrenta al hecho concreto tiene presente esa posibilidad.

En algunas ocasiones nos hemos encontrado situaciones de malos tratos en casos en los que la intervención de Hurkoa se había solicitado por otros motivos. Sin embargo, lo habitual es que el maltrato o la sospecha del mismo haya sido detectada previamente y sea éste el motivo por el que se solicita la intervención de Hurkoa. Estas solicitudes nos las plantean tanto personas del entorno del afectado (familiares, vecinos, amigos,...) como profesionales de distintas instituciones que hayan conocido la situación: servicios sociales, servicios sanitarios, centros residenciales,... También intervenimos a petición del Juzgado o del propio Ministerio Fiscal.

En cualquier caso, cualquiera que sea el origen de la solicitud, el primer paso a dar, a cargo normalmente de una Trabajadora Social de la Fundación, será reunir toda la información necesaria sobre la persona para la que se nos solicita atención y el problema concreto de malos tratos que se sospecha o se sabe que está padeciendo:

Sobre su persona: estado de salud, atención médica que recibe o debiera recibir, necesidad de algún tipo de tratamiento médico, seguimiento de este tratamiento, alimentación, higiene personal, necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria, servicios con los que cuenta: ayuda a domicilio, centro de día...

Sobre su familia y entorno: personas con las que convive, familiares, tipo de relación con ellos (escasa, frecuente, cordial, conflictiva,...), amistades, disposición que tengan a apoyarle, atenderle o incluso asumir su tutela si llegara el caso.

Sobre su lugar de residencia:

- domicilio privado: de alquiler, de su propiedad o de las personas con las que convive, estado de conservación, limpieza, barreras arquitectónicas del inmueble.
- residencia o vivienda tutelada: servicios con los que cuenta, atención que recibe,...

Sobre los malos tratos de que se sospecha que está siendo víctima:

- de qué tipo, quién es la persona responsable de estas actuaciones, cómo es la relación entre ellos.
- los motivos: agotamiento, falta de recursos económicos, falta de conocimiento para cuidar adecuadamente, enfermedad física o mental del cuidador, abuso de alcohol u otras drogas por parte del cuidador, alteraciones del comportamiento que padezca la víctima...
- constatación de los malos tratos: comprobación directa por la trabajadora social, testimonio de familiares, amigos, vecinos, personal sanitario, servicios sociales del municipio, pruebas documentales sobre todo en casos de abusos financieros...

Para obtener toda esta información la Trabajadora Social conocerá personalmente al afectado a ser posible en su domicilio, establecerá contacto con los servicios sociales municipales y/o provinciales y el centro de salud, contactará y se entrevistará con los familiares y amistades...

El segundo paso será tratar cada caso concreto en un equipo multidisciplinar donde realizaremos una valoración integral de su situación que empezará con el discernimiento, especialmente cuidadoso en los casos más dudosos, acerca de la capacidad o incapacidad de la persona maltratada. Si tras este estudio consideramos que es una persona capaz nos plantearemos qué tipo de asesoramiento y apoyo podemos ofrecerle desde Hurkoa y qué otras instituciones podrían ayudarle en la resolución de su problema.

Si, por el contrario, creemos que existe una causa de incapacidad procederemos a elaborar un programa individualizado de atención al presunto incapaz en el que se recogerá:

- La conveniencia de instar su declaración de incapacidad.
- Si hay alguna persona de su entorno dispuesta a asumir el cargo tutelar que pudiera derivarse de la incapacidad y su idoneidad para hacerlo.
- En caso necesario, la disposición de Hurkoa a asumir ese cargo tutelar que el Juzgado pueda acordar.

- La sospecha de los malos tratos existente y las pruebas en que se fundamenta.
- Las acciones que se precisan para, en primer lugar, procurar la cesación de los malos tratos y, en segundo lugar, buscar una reparación del daño en la medida de lo posible. Estas acciones pueden ser de diversa índole según el tipo de problema que haya que abordar. Podemos hacer dos grupos diferenciados:

Negligencia, abandono, malos tratos físicos y/o psíquicos.

Situaciones que se nos dan con más frecuencia:

- falta de asistencia médica,
- falta de tratamiento médico o tratamiento médico inadecuado,
- falta de higiene personal y/o de la vivienda,
- deficiente alimentación,
- aislamiento social,
- comentarios despectivos, insultantes por parte del cuidador,
- lesiones físicas por cuidados deficientes.

La intervención en estas situaciones buscará procurar al incapaz las atenciones y cuidados que precisa y no está recibiendo, y separar a ambas personas o al menos romper con la dependencia que el mayor tiene en muchas ocasiones de su cuidador.

Acciones:

- ingresos hospitalarios/psiquiátricos,
- ingresos temporales o definitivos en residencia,
- centro de día,
- servicio a domicilio,
- ingreso psiquiátrico del cuidador, si lo precisa.

Abusos económicos:

Los más frecuentes:

- disposición de los saldos bancarios del mayor como autorizado o cotitular de sus cuentas,
- disposición de sus cuentas mediante obtención de su firma sin que sea consciente de ello,
- uso de poderes legítimamente otorgados conociendo su actual situación de incapacidad,
- donaciones o compraventas a bajo precio de sus bienes a favor de quien le insta a hacerlas,
- hurto de bienes propiedad del presunto incapaz (joyas, objetos de valor)...

Acciones

- bloqueo total de las cuentas,
- bloqueo de cuentas para disposiciones en efectivo,
- nombramiento de un administrador,
- anotación preventiva de la demanda de incapacidad en Registro de la propiedad...

En cuanto a la línea de medidas a adoptar hemos de decir que nuestra experiencia es de escaso recurso a la vía penal como forma de resolver las situaciones de maltrato que se nos presentan.

Entendemos que esto obedece a razones de diversa índole:

- Las situaciones más graves de malos tratos y que de una manera más evidente lleven a la denuncia penal suelen requerir una intervención sumamente urgente y son abordadas normalmente desde otras instancias (por ejemplo: denuncia de un médico de los malos tratos físicos observados en un paciente mayor con demencia).
- Muchas formas de malos tratos no tienen relevancia jurídica sino que son más bien malas prácticas, comportamientos inapropiados o actitudes de abuso de confianza, no estando tipificadas como ilícitos penales.
- Dado lo delicado de muchas intervenciones es importante tener en cuenta la relación familiar y afectiva que en muchos casos existe entre víctima y responsable del maltrato y la repercusión negativa que la actuación por la vía penal va a tener en ambos.

Con todo ello se elabora un informe que se entrega al Ministerio Fiscal con el que se pone en su conocimiento:

- que existe una causa de incapacidad,
- que la persona que la padece está siendo víctima de un maltrato, el modo en que se lleva a cabo y la persona responsable de ello,
- que para la defensa y protección del presunto incapaz se propone un plan de actuación para cuya ejecución es necesario que se inste su declaración de incapacidad y la adopción de las medidas cautelares que permitan llevar a cabo las acciones propuestas,
- si hay alguien en el entorno familiar o de amistad que quiera y pueda hacerse cargo de la tutela, y en caso de que no lo haya, la disposición de Hurkoa para asumir dicho cargo.

A este informe se acompaña la documentación que se haya podido obtener y que acredite los extremos alegados o bien la referencia de dónde obtener dicha información.

Corresponde al Ministerio Fiscal a la vista de lo informado interponer la demanda de incapacidad y solicitar la adopción de las medidas cautelares que estime necesarias para llevar a cabo el plan propuesto. Algunas de estas medidas se ejecutarán directamente por el Juzgado, otras se nos encomendará a Hurkoa que las pongamos en práctica y otras deberán llevarlas a cabo otras personas o instituciones.

Con esta declaración de incapacidad y el ejercicio de la tutela conseguimos, por un lado, intervenir directamente sobre los malos tratos que se puedan estar produciendo ya o atajando las situaciones de riesgo inminente de que se produzcan, y además protegemos a la persona incapaz de otros posibles abusos en el futuro ya que la incapacidad tendrá una duración tan larga como la propia causa de incapacitación.

Esta manera de trabajar se nos ha revelado a lo largo del tiempo como eficaz para la consecución de los fines que buscamos: evitar los malos tratos o las situaciones de riesgo detectadas con respecto a personas incapaces. Ahora bien, este sistema será tanto más eficaz cuanto mayor sea la coordinación y la colaboración que seamos capaces de mantener todos los agentes que debemos intervenir: los servicios sociales detectando los casos de malos tratos, denunciándolos y/o informando de los mismos al Ministerio Fiscal o a Hurkoa para su abordaje; los servicios sanitarios detectando igualmente las situaciones de malos tratos que a ellos se les puedan presentar, denunciándolos, colaborando en la valoración de la capacidad de la persona maltratada...; los servicios jurídicos agilizando los procedimientos –en especial cuando se trata de adoptar medidas urgentes– sin menoscabar las garantías jurídicas de los mismos; y la propia Hurkoa, no dilatando nuestra intervención más allá de lo necesario para valorar adecuadamente la situación y poder trazar el plan de actuación, siendo flexibles para intervenir con la máxima urgencia cuando el caso así lo requiera aunque falten datos para una valoración completa...

En todo caso, en Hurkoa creemos que queda mucho trabajo por hacer, no sólo para mejorar los engranajes de todo este mecanismo, sino sobre todo para lograr una detección precoz tanto de los malos tratos como de las situaciones de riesgo, y para buscar una adecuada prevención de estas situaciones.

NUEVAS FORMAS DE MALTRATO A LA INFANCIA

Javier Urrea Portillo

Psicólogo de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia
y de los Juzgados de Menores de Madrid

Un niño sufre maltrato cuando se le causa "daño" de una forma no accidental o cuando no recibe la atención y cuidados que necesita para crecer y desarrollarse.

Distintas formas.-

Maltrato emocional. Cuando se hiere de forma verbal, mediante burla, insulto, desprecio, amenaza o impidiendo sus iniciativas de interacción social. Los niños son desprovistos de sentimientos de amor, afecto y seguridad.

Maltrato físico. Acción intencionada por la que se causa daño físico o enfermedad. Las secuelas son las más evidentes.

Abuso sexual. Actuación dirigida a un niño con o sin su consentimiento. Puede ser verbal (proposiciones sexuales), contactos físicos, hacer que los niños vean revistas, películas pornográficas o escenas de relaciones sexuales.

Abandono o negligencia. Se produce cuando los adultos responsables de la atención y cuidado de un niño, a pesar de disponer de los medios necesarios, desatienden sus necesidades básicas de alimentación, vestido, seguridad, asistencia médica, educación y afecto, de forma temporal o permanente.

La mayoría de los maltratadores son denominados como "gente normal" (con problemas personales), pueden pertenecer a todos los niveles económicos y clases sociales. Aunque resulte increíble e indignante, algunas de estas personas quieren a los niños que maltratan.

Los niños suelen ser maltratados por padres o personas que les cuidan.

Los rasgos de los maltratadores son: baja autoestima (no tienen buen concepto de sí mismos). Hacen aflorar en violencia sus sentimientos de fracaso y frustración. Pierden el autocontrol con facilidad. Ocasionalmente –no necesariamente– sufrieron maltrato de niños.

Los maltratadores suelen ponerse a la defensiva cuando se les pregunta por la salud del niño; cuentan extrañas –e increíbles– historias sobre las lesiones y heridas de los niños, hablan del niño como difícil y mentiroso, castigan duramente al niño en público o se muestran indiferentes y despreocupados ante el mismo.

Los maltratadores con tratamiento psicológico y sinceros deseos de cambio pueden abandonar tan deleznable y perseguible conducta.

Son indicadores de malos tratos: las señales físicas (huesos rotos, lesiones, cardenales), rasguños y cortes, heridas o moratones y rojeces en los genitales, heridas en diferentes estados de cicatrización, quemaduras. Los niños maltratados suelen explicar estas señales como causadas por accidentes (son verbalizaciones contradictorias y poco creíbles).

También es un síntoma la apariencia física, estando –o pudiendo estar– el niño sucio, descuidado, vestido con ropa inadecuada si es que sufre maltrato o negligencia.

El maltrato puede conducir a cambios bruscos en la conducta del niño: mostrándose agresivo o pasivo, haciendo llamadas de atención (rabetas...), mintiendo, robando, mostrando miedo a ir a casa o a estar con personas conocidas, iniciándose en el absentismo escolar, mostrando una precocidad y desparpajo en el tratamiento de temas sexuales no acorde a su edad.

Si usted, madre o padre sufrió malos tratos o abusos sexuales, busque la ayuda de un psicólogo por su bien y el de los suyos. Pero no pegues nunca a tu hijo, podrías hacerle daño y realmente no es solución a ningún problema.

La Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia (A.P.I.M.) con apoyo del Defensor del Menor, ha publicado un folleto informativo sobre la problemática del maltrato.

VÍCTIMAS SIN VOZ

Una niña de ocho meses tiene escaso pasado y sin embargo cuenta con el síndrome de abstinencia y el recuerdo orgánico de muchas heridas. Su presente es grave en un hospital. Y su futuro incierto. La Humanidad pierde la esperanza con este caso.

Hay denominados padres que no lo son, que construyen el concepto de paternidad con la argamasa de la posesión, que son esclavos de la droga y abortan el natural amor hacia el hijo, que se instalan en el egoísmo y dañan a un ser, a una persona indefensa.

Lo hacen conscientemente –su responsabilidad podrá atenuarse por su dependencia a sustancias tóxicas u otras razones–, pero no nos confundamos, saben lo que hacen y reinciden en su conducta.

Esta sociedad puede intentar comprender las, entre comillas, razones que inducen –no obligan– a maltratar a los niños, pero en defensa de los más débiles, los que no cuentan con ningún recurso personal, ni abogado que les defienda, ha de dar una respuesta sancionadora muy enérgica a los culpables.

No se argumente que la pena impuesta no alcanza el objetivo preventivo en “cabeza ajena” que se propone, o se diga que se busca exorcizar los fantasmas y remordimientos de la conciencia colectiva.

Claro que el mayor esfuerzo se ha de dar en la prevención de las situaciones que propician estos actos, que la vacuna es la educación, el amor y la prevención mental colectiva.

Pero siempre hemos de priorizar los derechos de los niños sobre sus padres. No podemos aceptar que los hijos sufran los desequilibrios, las patologías (estadísticamente escasas), de unos progenitores desalmados.

Los malos tratos ocasionan un dramático seísmo en el desarrollo infantil, comprometiendo la evolución emocional, cognitiva y social.

Pasó el tiempo donde se despeñaba a los niños por el barranco del Taigeto o se abandonaban en el bosque o se exponían en los cruces de caminos (expósitos).

Hay muchos y muy buenos padres que desean adoptar, querer y disfrutar con unos niños que sí serán hijos.

El afán destructor contra los recién nacidos es increíble.

El síndrome del niño apaleado hace mucho que se describió. Hoy sigue siendo una tristísima realidad. Producido por una disfunción en el sistema padres-niños-ambiente, no es infrecuente, lo cometen personas que no son enfermos mentales, existe en todas las clases sociales y no es cierto que se transmita intergeneracionalmente, de forma necesaria.

Hemos de despertar. El 90% de los torturadores afirmaron que fueron los gritos y llantos de sus hijos los que iniciaron su carrera de crueldad, la cual una vez en marcha aumentaba en brutalidad hasta que eran denunciados, o bien, cuando el niño enmudecía.

Malos tratos infantiles, un problema de todos.

Una sonrisa rota

Una lágrima que brota sin saber por qué

Un rictus de tristeza

Una mirada perdida

Unas manos huérfanas

¡Cuánto dolor inocente víctima de un
inmisericorde agresor y de un
cobarde que calla!

Los malos tratos a la Infancia son un problema social, su abordaje exige la coordinación de toda la Red Social de Defensa de la Infancia y Judicial. Deben elaborarse sistemas de detección precoz y de intervención eficaz, sabedores de que no ocurren sólo dentro de las familias en riesgo social y de que no sólo existe el maltrato físico.

Hay que estudiar en profundidad cuáles son las disfunciones que desencadenan actos maltratantes. Debemos desarrollar las redes de apoyo social y familiar, eliminando la pobreza endémica que afecta a zonas y familias. Hay que difundir los Derechos de la Infancia y desarrollar su autonomía y habilidades de afrontamiento. Tiene que reducirse el aislacionismo de las familias en riesgo social. Hay que eliminar de los medios de comunicación los mensajes que dan razón de ser a la violencia. Tenemos que inocular el respeto a uno mismo y a los demás. Debe propiciarse un marco legislativo y una corriente amplia de opinión que erradique el castigo físico, como instrumento educativo.

No me detendré con detalle en las múltiples y crueles formas de maltrato a la infancia. Enunciaré sólo algunas a título de "brochazos en rojo".

Van desde prenatales, hasta institucionales, pasando por las postnatales que abarcan el síndrome del niño zarandeado que puede causar lesiones cerebrales, ceguera o retraso mental, dado que al tener un cuello muy débil y una cabeza muy pesada, esta va hacia delante y hacia atrás; hasta el de Münchhausen por poderes, que consiste en provocar o inventar síntomas en los niños que induzcan a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios, en unas ocasiones se falsifican muestras (añadiendo por ejemplo sangre menstrual a la orina del niño) en otras se producen sintomatologías (inyectando heces por vía subcutánea...), es lo que Woolcott denominó "doctor shopping" (ir de médicos), provocado en un 95 por 100 de los casos, por la madre. En otras ocasiones el niño sufre la ingesta forzada de sustancias aparentemente inocuas, como es el agua en exceso, lo que produce intoxicación hídrica con hiponatremia, por sal común que puede ser mortal si se administra crónicamente, por zumo de manzana que produce diarrea, administración de pimienta (como castigo) lo que deviene en oclusión de laringe, tráquea y bronquios como por desgracia se aprecia en la necropsia; y qué decir de las "caídas", roturas óseas, etc. (aquí tienen un papel fundamental los radiólogos pediátricos). Está verificado que en niños menores de tres años, el 30 por 100 de las fracturas de cráneo y de extremidades son provocadas; hay lesiones por armas disuasorias, secadoras de pelo, quemaduras por microondas y un inacabable etc. No olvidemos los abusos sexuales con su consecuente trastorno por estrés postraumático (en ocasiones las enfermedades de transmisión sexual). Los niños sufren a veces infecciones fetales como la producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis, herpes simple y lúes debido a la adicción a las drogas por vía parenteral o la promiscuidad sexual de la madre, asimismo padecen el síndrome de alcohol fetal, pero también son malos tratos los que sufren los "niños de las calles", los "niños llave" (tantas veces solos), los afectados por el llamado "síndrome de la mañana siguiente" (niños que ingieren alcohol o cocaína por estar a su alcance al haber sido dejado por sus padres). Hasta los que viven en barrios desfavorecidos o en zonas rurales sin ayudas institucionales.

Hoy somos concededores del síndrome de alienación parental por el que uno de los progenitores (mayoritariamente madres) interponen denuncias falsas para impedir el régimen de visitas del otro progenitor (con el dolor que conlleva en dicho adulto e inducción bastarda de odio y rencor en un niño que nada entiende).

Hay otras situaciones que no pueden ser calificadas como de malos tratos, pero que suponen riesgos y en ocasiones tragedias a los niños, nos referimos a los frecuentes accidentes en el hogar por ingesta de productos cáusticos, electrocución, etc., lo más terrible es que con suficiente atención y prevención la inmensa mayoría de estos sucesos a veces luctuosos y que en otras ocasiones dejan lesiones irreversibles, podrían evitarse. La omisión imprudente también puede ser sujeto de responsabilidad.

Otras veces los peligros para los niños se encuentran en instalaciones públicas como son los parques y jardines o las piscinas. Tenemos que concienciarnos en la prevención y la seguridad, cuando se fabrica, se instala, se inspec-

cionan útiles o lugares donde corren, juegan, nadan niños, tenemos que buscar riesgos, fallas, porque ellos las encontrarán seguro y los sufrirán, las normas y supervisiones deben ser estrictas, las sanciones por el incumplimiento duras y aleccionadoras.

LOS MALOS TRATOS INFANTILES. UN PROBLEMA DE TODOS

La sombra de Herodes en el presente y en el futuro sigue siendo larga. El niño es siempre la víctima de los malos tratos físicos, a veces mortales, otras irreversibles, de la desafección afectiva, de la lesión en la autoestima.

Hay que ser preactivos, los niños no pueden defenderse. Hay que saber que los niños no mienten, no fantasean, no inventan (sí pueden ser inducidos a mentir). Hay que saber que los malos tratos existen, en alto número, cotidianamente, pero sólo aparecen ante un hecho dramático, cuando los medios de comunicación entienden que es noticia, entonces quedan expectantes y sacan a la luz durante unos días otros malos tratos, en otras regiones y el tema cuando se entiende que satura, da paso a otros sucesos hasta la próxima vez, pero día a día los malos tratos continúan. El infanticidio existe, el "lo estrellaría" es llevado a efecto también, el síndrome de Munchausen es cierto. Las madres también son en algunos casos maltratadoras. No son pocos los padrastros maltratadores, quizás por celos retroactivos. El niño que aporta la compañera le recuerda al ex de esta.

También hay que interpretar como un maltrato a los niños la violencia física o psíquica ante él mismo de un progenitor sobre el otro (normalmente el agresor es el varón). Y así lo recoge nuestra legislación, tras la modificación establecida por Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre.

Los ciudadanos tenemos que escuchar y tomar con seriedad lo que nos cuente un niño (a veces no verbalmente, sino mediante dibujos, juegos con plastilina, etc.), animarles a que expresen sus sentimientos, darles confianza pues en ocasiones se sienten culpables, creen que se merecen lo que les está pasando, temen que no le creas o que tomes represalias, y actuar en consecuencia.

Prevenir es un esfuerzo común.

Tenemos la obligación de notificar la sospecha de maltrato (no quiere decir denunciar), ante las Fuerzas de Seguridad, la Fiscalía de Menores o las Instancias de Protección de Menores de las Comunidades Autónomas. El Juez podrá imponer medidas de protección al testigo (Ley Orgánica 19/1994, de Protección de Testigos y Peritos en Causas Criminales), de forma que no conste su nombre, apellidos, domicilio... imposibilitar la identificación visual, etc.

Sólo educando al educador, podremos poco a poco ir erradicando el increíble pero absolutamente real y humano maltrato a la infancia. Nos hacen falta protocolos, coordinación entre médicos, maestros, jueces, servicios sociales, pero sobre todo hará falta erradicar la comodidad y vencer el miedo, entender que el problema de ese niño no es el problema de esa familia, es Nuestro Problema.

EL NIÑO Y EL JOVEN, SUJETOS DE DERECHOS Y DEBERES

1978 es un hito histórico, pues nuestra Constitución reconoce esta realidad. Protegiendo la dignidad de su persona y el libre desarrollo de su personalidad (art. 10.1), la igualdad (art. 14), el pluralismo ideológico (art. 16), su libertad (art. 17), las garantías y seguridad jurídica (art.9.3) (art. 24), su derecho a la defensa y la asistencia de un letrado y a un proceso público (art. 25), su derecho a la educación (art. 27), el amparo en las normas de rango internacional (art. 10.2) y la consideración de su protección como miembro de una familia (arts. 35 y 36) y asumiendo su condición específica de menor, con la defensa de sus estadios evolutivos (art. 20.4) y promoviendo su participación (art. 48).

La Constitución ha abierto nuevas vías de acceso a la realidad de la infancia: se ha legislado ulteriormente desde la óptica de su filosofía, se han implementado instituciones y se han firmado pactos internacionales.

Aunque con anterioridad se había trabajado mucho con los menores, sus derechos habían sido cubiertos con la pesada manta del olvido.

En lo referente a nuestros niños y no tan niños la denominada Carta Magna es clara y casi ideal, es la cotidianidad la que ensucia sus Principios.

Si bien lo pensamos, cualquier futuro es posible, pero realmente se basará en las luces o sombras que le proyecte el pasado, el hoy.

Y no debemos olvidar que "La principal esperanza de una nación descansa en la adecuada educación de su infancia" (Erasmus).

Por eso y sin ser exhaustivos apuntamos **Otros Derechos de la Infancia:**

- A ser cuidados desde las primeras horas y aun antes de ver el mundo.
- A una identificación neonatal clara, rigurosa, superada la de la huella plantar, la dactilar de madre e hijo (con códigos de barras y constatación del seguimiento de todo el proceso –trazabilidad–) u otras posibles como el ADN (siempre y cuando se garantice la correcta utilización de estos datos).
- A una familia, con unos padres equilibrados emocionalmente, acreedores de respeto, que les dediquen tiempo diario, de calidad y derramen sobre ellos términos acariciadores.
- A un hogar compartido, donde exista interrelación y contacto, con buenos modelos. A apreciar que sus padres cuidan de sus abuelos.
- A ser educados correctamente con una educación adaptada al niño y no a la inversa. A una escuela de calidad, con medios, donde se propicie la maduración personal, la integración social, la diversificación.
- A que se les motive para aprender, a no ser criticados de forma cáustica y destructiva, a no ser atacados por sufrir (dislexia o enuresis o...) sino a ser ayudados a superar esas dificultades.
- A sentirse socialmente útiles, a poder ayudar a otros. A captar metas y objetivos vitales. A tener un futuro con trabajo.
- A ser escuchados, que su mirada sea comprendida.
- A sentirse autoregulados por participar en su aprendizaje.
- A dudar.
- A que se les transmita el valor de las cosas sencillas y el prestigio de las humildes. A percibir lo recomendable: la lectura, el asombro.
- A disfrutar con lo que son, a llevarse bien consigo mismo, a apreciar la profundidad de la soledad buscada.
- A que se les done el talento del buen sentido del humor, del empleo de la sonrisa como imán prosocial, de la sabia terapia preventiva que supone el reírse de uno mismo.
- A poseer una vivencia positiva de las intenciones ajenas, a confiar en los demás, a ser educado en la inteligencia emocional sinónima de adaptación.
- A saber dialogar, a captar que lo distinto enriquece, a la ternura y el amor como pilares para la confianza en sí mismo y en los demás.
- A forjar la voluntad, a saber diferir gratificaciones, a aceptar frustraciones, a dominar la angustia.
- A un espacio habitable, donde poder correr, jugar con otros sin riesgos.
- A un entorno ecológico, una ecología también personal, social, de los medios de comunicación.
- A disfrutar del patrimonio cultural de pueblos y ciudades.
- A valorar lo realmente importante. El aire que respiramos, el agua que corre por los manantiales, la libertad de los animales, la sangre que fluye incansable por nuestra vida y la de nuestros congéneres.

- A captar seguridad, a un futuro luminoso, a ser plenamente felices, a sonreír sin miedos.
- A vivir en paz, a jugar sin tener que imitar la violencia de los adultos.
- A no heredar injusticias sociales, a no ser utilizados para prostituirse, laboralmente....
- A su dignidad, a intentar descubrir la verdad. A saber que toda percepción es subjetiva, que una hormiga que esté rodeada de desierto puede llegar a creer que todo el mundo está compuesto de granos de arena.
- A una sociedad ética.
- A ser tratados como lo que son, niños, a preservar su ingenuidad.
- A que se sepa que son ciudadanos de pleno derecho, que no son un proyecto de adultos, que no sólo son el futuro, sino también el presente.

Es así, como podremos exigir a los niños y jóvenes responsabilidad y respeto desde su libertad. Deberes que, ciertamente, son un Derecho.

EL NIÑO CON DISCAPACIDAD

No sé muy bien qué es la dignidad humana, sí conozco bien, muy bien lo que es la humillación.

MALRAUX

Todo lo que compone el mundo es para ellos sorpresa, inusitado descubrimiento, fuente de esperanza. Cada día, cada momento se vive, se siente con intensidad. Su mirada no alcanza un horizonte muy lejano pero abren los ojos llenos de ilusiones.

Difícilmente los niños con discapacidad disfrutarán de derechos si dependen de personas que vivencian su presencia como un obstáculo para su realización.

Una sociedad que estime que los derechos individuales han de ser defendidos por cada sujeto, que mida sus éxitos o fracasos por el índice de cotización de bolsa, es un grupo humano en bancarrota espiritual, que dispara contra el pianista.

Esta sociedad no puede caer en la "anorexia ética" y ciertamente son muchos los "sordos emocionales". Sabedores que los derechos se pisotean, vivimos en una comunidad convaleciente.

Quizás estemos en el crepúsculo de la discriminación positiva, aprovechemos estas últimas luces para alcanzar el lugar común de la igualdad. Y no se olvide que una sociedad justa debe favorecer necesariamente más, a los más desfavorecidos.

Los Derechos de los seres humanos, sin distinción, han de ser una pasión común, todos hemos de volcar el alma en alcanzar esta obra que nos permitirá distanciarnos de unos simios más o menos ilustrados.

El niño con discapacidad es distinto.

- ¿Y eso qué quiere decir?
- Que es único e irrepetible.
- Como cada ser humano.

No lo dude, lo distinto enriquece y de los discapacitados se puede y se debe aprender mucho.

Por eso, para conseguir que los derechos de los niños con discapacidad sean una realidad hemos de emplear la herramienta del esfuerzo, la constancia de la gota de agua que horada la piedra, la acción sin miedos ni cortapisas, que se fundamenta en el pensamiento, en la reflexión, en el silencio.

Somos sabedores que los más carentes, son los más tempranamente excluidos, que no hace tanto que los niños no tenían derechos, sino trabajo y enfermedades, que los discapacitados no poseían ni el derecho a la vida (su propia vida).

Hoy los Derechos Humanos siguen siendo muchas veces olvidados, es constatable con mayor virulencia en el caso de niñas y niños, más cuando tienen dificultades. Y es que se elude una realidad fundamental, la identidad personal, el ser humano desde que nace no es un proyecto o un fracaso, es una persona en sí misma, debe ser interpretada y sobre todo sentida desde una globalidad, una cosmovisión integradora.

El niño con discapacidad, sujeto de Derechos, de los mismos que el resto de la sociedad, pero con especial atención, con mayor intensidad. El niño con discapacidad no siempre es niño, pero deben ostentar los derechos de la infancia y sumativamente los propios de los adultos referentes a la vivienda y a un puesto laboral.

Hay derechos individuales, pero los hay sociales, comunitarios, nos referimos a la normalización, la integración, que conllevan prioridades legislativas, aportes presupuestarios, voluntad.

MESA REDONDA: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE MALTRATO A MAYORES

EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética

Antonio Moya Bernal

Médico de Familia IMSALUD. Instituto Madrileño de la Salud

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población española ya no es noticia. Las previsiones para el año 2016 hablan de una sociedad con cerca de 9 millones de personas mayores de 65 años (un 18,5% de la población total) con un incremento notable del grupo que tendrá 80 o más años (6,1% de la población).

Se considera que un 15-20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles que precisan una atención específica para los múltiples problemas que presentan, y que para ese año 2016 existirán en España 2.300.000 personas mayores con algún grado de discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Resulta fácil deducir que la asistencia de las personas mayores de una forma digna y eficiente es uno de los más importantes retos que tiene que afrontar nuestra sociedad, tomando conciencia de la situación y haciendo un notable esfuerzo en la distribución de recursos destinados a este fin.

Para los profesionales que trabajan con personas mayores, no solo debe suponer un reto, sino una oportunidad para reflexionar sobre cómo se realiza ésta asistencia, qué se puede mejorar y qué fines deben orientarla.

2. LOS PROFESIONALES

La persona mayor se ha convertido en el usuario básico de los servicios sociosanitarios y su presencia en los mismos tendrá cada vez más peso, por lo que una amplia mayoría de los profesionales que trabajan en este ámbito tendrán que asumir que la mayor parte de su tiempo de trabajo estará dedicado a atender personas mayores.

Y decimos asumir porque, según refieren los propios profesionales, al trabajo con personas mayores se llega en muchas ocasiones por azar o por la oferta del mercado laboral, y también frecuentemente, con escasa formación específica sobre el proceso de envejecimiento y la atención a los mayores y sin la motivación profesional deseable (IMSERSO, 2004).

Seguramente este hecho tenga que ver con que los profesionales vivan inmersos en una sociedad en la que existe una valoración negativa de las personas mayores que influye en su propia percepción. Pero además, los profesionales manifiestan que el trabajo con personas mayores es duro, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, y tienen la sensación de que está peor considerado profesional y socialmente que el trabajo con los más jóvenes.

Si añadimos que desde el ámbito profesional se denuncian problemas relacionados con los bajos salarios y el descontento laboral, la falta de especificidad en los contenidos de los puestos de trabajo, el intercambio de funciones entre distintos profesionales, etc. parecen servidos todos los ingredientes (cansancio emocional, despersonalización de la actividad profesional y falta de realización personal a través del trabajo) que caracterizan el síndrome de desgaste profesional.

No parece sencillo, con este panorama, afrontar el reto que se nos plantea. Hablamos de profesiones en contacto habitual con la fragilidad, la dependencia o la muerte. Hablamos de profesiones de ayuda que conllevan exigencias técnicas, pero además un compromiso ético superior al de otras actividades, precisamente por trabajar con la vulnerabilidad del ser humano.

Ayudar desgasta, y se requiere una reflexión social e institucional que impulse actuaciones destinadas a cuidar de sus cuidadores y que permitan cambiar la percepción del trabajo con los mayores: una distribución del trabajo más equitativa, cupos de pacientes ajustados por la edad, mejores salarios, mayor especificidad en las funciones, etc.

Pero seguramente, aún en el supuesto de que se realicen estas mejoras, no desaparecerá la amenaza del desgaste profesional. Va a ser necesario que los profesionales se paren a pensar sobre lo que hacen diariamente, recuperen hábitos muchas veces olvidados e impulsen una formación que no trate únicamente los “hechos” sino que recoja también los “valores” y capacite al profesional para el manejo de los conflictos morales.

Se trata de introducir en su actividad la reflexión sobre valores como el respeto a la autonomía de las personas mayores, su derecho a una asistencia sin discriminaciones, la obligación moral de proteger a los más débiles, etc, y la utilización de un método que facilite a los profesionales la toma de decisiones cuando se enfrentan a problemas éticos que les generan incertidumbre y angustia.

Y todo ello desde la convicción de que un adecuado manejo de los valores, no sólo les ayudará a mejorar la calidad de su práctica profesional, sino también a aumentar su satisfacción personal en el trabajo y a evitar el desgaste (Gracia, 2004).

3. LAS PERSONAS MAYORES Y SU DIGNIDAD

El punto de partida de la vida moral se encuentra en el reconocimiento de la dignidad de las personas. Nos sumamos desde aquí al primer artículo de la Constitución Universal que proponen Marina y de la Válgoma (2000):

Nosotros, los miembros de la especie humana, atentos a la experiencia de la historia, confiando críticamente en nuestra inteligencia, movidos por la compasión ante el sufrimiento y por el deseo de felicidad y de justicia, nos reconocemos como miembros de una especie dotada de dignidad, es decir, reconocemos a todos y cada uno de los humanos un valor intrínseco, protegible, sin discriminación por edad, raza, sexo, nacionalidad, color, religión, opinión política o por cualquier otro rasgo, condición o circunstancia individual o social. Y afirmamos que la dignidad humana entraña y se realiza mediante la posesión y el reconocimiento recíproco de derechos. (p. 300)

No parece necesario tener que reafirmar aquí que las personas mayores tienen dignidad y no precio, si acaso, reivindicar una mayor protección de la misma debido a la potencial vulnerabilidad que presentan.

Los conceptos de dignidad y respeto son reconocidos como fundamentales por las personas mayores, aunque desgraciadamente, con frecuencia, les resulta más fácil hablar de su carencia. La falta de respeto es la forma más dolorosa de maltrato según los mayores que participaron en el estudio cualitativo “Voces ausentes” (OMS, INPEA, 2002).

Cuando se les pregunta sobre la dignidad (Woolhead, Calnan, Dieppe & Tadd, 2004), las personas mayores la relacionan entre otros temas con:

- El derecho a ser tratados como iguales al margen de la edad.
- El derecho a elegir cómo quieren vivir, ser cuidados y morir.
- El derecho a tener el control en las decisiones sobre su salud.
- El derecho a mantener su autonomía e independencia sin sentirse solos o como una carga para la familia.

Pero además, consideran que su dignidad se ve quebrantada cuando:

- Se les excluye de las conversaciones.
- Se les trata de forma impersonal.
- Se les trata como a niños.

Se dirigen a ellos con términos como “cariño”, “amor”, o por su nombre de pila.

- No se cuida su intimidad al lavarles o esta actividad la realizan personas de distinto sexo.
- Son higienizados sin que se les dirija la palabra.
- Al levantarles enseñan su desnudez a extraños.
- Se les viste mal, les abrochan mal los botones, etc.
- Son obligados a realizar determinadas actividades a las horas que les dictan.
- Se mueren en soledad.

Nos tememos que la dignidad se pone a prueba diariamente en la relación entre profesionales y pacientes al no cumplirse las expectativas que las personas mayores tienen en dicha relación. Nos están diciendo que tienen derechos, pero también que tenemos que ser sensibles a sus necesidades, en definitiva, que les cuidemos respetando su dignidad y su autonomía, que se cuente con ellos, que se respeten sus decisiones y su intimidad, pero además, que mejoremos la comunicación y que les tratemos con afecto, con una asistencia menos despersonalizada y más humana.

Como profesionales estamos obligados a dar respuesta a las peticiones que nos están haciendo, y para que esta respuesta sea moralmente adecuada, no debe quedarse únicamente en el respeto estricto de sus derechos sino que debe atender sus necesidades tal y como ellos las sienten, y en ésto consiste el cuidado. Como señala Moratalla (1995) “la ética de los mayores no puede ser únicamente una ética de derechos, sino una ética de responsabilidades, cuidados y afectos” (p. 68).

4. LA ÉTICA DEL CUIDADO

La mejora de las condiciones sociales y el progreso de la medicina han aumentado la esperanza de vida, pero a medida que ésta avanza, más fácil es que aparezcan enfermedades crónicas y discapacidades que nos lleven a precisar ayuda, y es entonces cuando la necesidad de cuidado se hace más palpable.

Al menos entre los profesionales de la medicina, de formación y tradición curativa, se precisa un cambio de mentalidad. Se trata de incorporar el cuidado a la práctica clínica diaria, buscando el equilibrio necesario entre el curar y el cuidar.

Hace ya diez años que desde la Bioética (Hastings Center, 1996) se planteó que los fines de la medicina deberían ir más allá de la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida.

El grupo internacional de trabajo que participó en el proyecto consideró que era necesario reformular estos fines, y que, sin dar prioridad a ninguno de ellos, debían ser:

- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causado por males.
- La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Como nos recuerdan en el documento, la medicina moderna ha desatendido, en ocasiones, su función humanitaria y mientras tanto los pacientes se muestran como personas que, más que la simple cura, buscan comprensión.

En las situaciones de dependencia, cuando hay sufrimiento o se acerca la muerte, es cuando más claramente se entrelazan los problemas médicos con los sociales, económicos, familiares o afectivos. El cuidado implica dar respuestas a todas estas dimensiones y exige conocer y poner a disposición de las personas mayores y sus familiares, los servicios asistenciales y sociales que les puedan ayudar a enfrentarse a la diversidad de problemas que se les plantean.

De ahí la importancia de que la respuesta, técnica y ética, sea interdisciplinar. El cuidado no puede seguir siendo visto como una actividad de la enfermería, debe universalizarse. Cuidar es también responsabilidad del médico, del psicólogo, del trabajador social, del terapeuta ocupacional, de la auxiliar de clínica o del celador. La obligación de cuidar atañe a cualquier profesional que tenga delante a una persona que sufre (Barbero, 1999).

La ética del cuidado se fundamenta en la relación con el otro y en las emociones. Exige ponerse en la piel del otro, explorar qué siente, qué piensa, escuchar atentamente y responder a sus necesidades con flexibilidad, aceptando sus diferencias. Pero además exige calidez y asumir que en el cuidado, tan importante como la actividad a realizar, lo es la forma en que se lleva a cabo.

Cuando lo que los pacientes mayores reclaman es comprensión, consuelo o alivio, los profesionales no pueden responder echando mano exclusivamente de protocolos o normas escritas. Cuidar exige un compromiso con la persona y sensibilidad humana. Desde una ética de mínimos, buscando exclusivamente evitar caer en la negligencia, no se puede cuidar. Ningún Código Penal puede recoger la obligación de tratar con amabilidad, escuchar, mostrar compasión, las veces que hay que sonreír, etc.

Los profesionales que se dedican a ayudar no pueden conformarse con no ser negligentes, tienen la obligación moral de ser diligentes y tender a la excelencia, una aspiración que habrá de cultivarse en la relación que establezcamos con la persona mayor y en la habilidad para dar soluciones a sus problemas cotidianos.

Probablemente no sea tan difícil y seguro que es gratificante. La excelencia nos la jugamos en cosas tan sencillas como escuchar a los mayores, llamarles como les guste ser llamados, comunicarse con ellos, sentarse cerca, coger su mano si lo desean, vestirles dignamente, echar una cortina para respetar su intimidad, etc, en definitiva, considerarles y tratarles como personas, transmitiendo humanidad, humanizando la asistencia. Humanizar la asistencia es introducir en ella el mundo de los valores, tenerlos en cuenta (Gracia, 2004).

Tendremos que desarrollar una ética de lo cotidiano que haga hincapié en estas pequeñas cosas, que no precisan medios técnicos ni grandes conocimientos pero que son las que más molestan a los mayores y en las que más ven amenazada su dignidad.

5. LA NECESIDAD DE REFLEXIONAR

Muchas son las cosas que hay que mejorar en la asistencia sociosanitaria, pero en lo referente a los profesionales, quizás lo más apremiante, y lo más difícil, sea intentar cambiar ciertas actitudes y hábitos que, amparados unas veces en la organización de las instituciones en que trabajan y otras en el corporativismo o en el "siempre se ha hecho así", se siguen manteniendo, a pesar de que no estaríamos dispuestos a defenderlos públicamente.

Sabemos de la dificultad de llevarlo a cabo. Serán imprescindibles los conocimientos y las habilidades (comunicación, *counselling*, etc), pero además, necesitamos generar la voluntad de querer cambiarlos y para ello se precisa una reflexión personal y la deliberación con otros.

Los conflictos de valores aparecerán con frecuencia en la asistencia de personas mayores, sobre todo al final de la vida. Para abordarlos desde una ética responsable, precisaremos una metodología que analice, tanto los principios morales implicados en un caso concreto, como las consecuencias de las decisiones que tomemos. La deliberación

dentro de un marco interdisciplinar es una estupenda herramienta para ello. Pero sin partir de actitudes éticas, sin haber generado antes la “voluntad de querer acertar”, difícilmente podremos afrontar su resolución.

De ahí nuestra insistencia en la importancia de la reflexión de los profesionales sobre su quehacer diario, de que nos preguntemos, antes de actuar, sobre nuestros propios prejuicios hacia las personas mayores, cómo nos comportamos en momentos concretos, cuál es nuestro grado de compromiso en su cuidado, qué valores están presentes en la relación y qué tipo de relación mantenemos con ellas, si nos quedamos en una relación meramente contractual o si avanzamos hacia una relación basada en la confianza.

Si queremos cuidar bien, resulta imprescindible dar respuestas a estas preguntas. Desde prejuicios que catalogan a las personas mayores de quejicas, demandantes, poco colaboradoras o como usuarios que no se enteran de nada, solo podremos establecer relaciones distantes y desconfiadas que nos abocarán a mantener actitudes defensivas y nos impedirán cuidar. El cuidado solo puede sustentarse en relaciones en las que exista confianza mutua.

Los principios de la bioética actual nos pueden servir de guía para hacernos reflexionar sobre algunos hábitos y la posibilidad de mejorarlos.

5.1. Desde el principio de No Maleficencia

El principio de no maleficencia nos obliga a no hacer daño a la persona mayor ni a sus familiares en el orden físico o emocional, y se traduce en la práctica diaria en la obligación de realizar aquellas cosas que están indicadas y evitar hacer las que están contraindicadas.

A pesar de ser un principio de alta exigibilidad moral y encuadrarse en lo que denominamos ética de mínimos, no es infrecuente su incumplimiento, muchas veces de forma inconsciente, por falta de reflexión o implicación.

La historia de un paciente octogenario con demencia avanzada, que es remitido desde atención primaria a un hospital de agudos por fiebre y dificultad para tragar, es ingresado, se le coloca una sonda nasogástrica para alimentarle, una sonda urinaria y una vía intravenosa para tratamiento antibiótico, nos es familiar. Es relativamente frecuente que tras curarse la infección, la sonda nasogástrica se deje puesta, el paciente se la arranque, se le sujeten las manos para evitar nuevos intentos y ante su probable agitación se prescriba un tranquilizante. No es inusual que aparezcan o empeoren las úlceras por presión y que ante el deterioro progresivo de su estado general sea remitido a un centro sociosanitario de larga estancia donde probablemente, termine sus días con la sonda puesta.

Obviamente, la indicación técnica de las intervenciones descritas tendrá que ser valorada de forma individual para cada paciente. Lo que nos interesa aquí es preguntarnos si los profesionales que intervienen en esta historia se han parado a pensar en las implicaciones éticas y en si realmente su actuación estaba indicada, o simplemente se han dejado llevar por la rutina asistencial y la intención de curar, olvidándose de cuidar.

La derivación de este tipo de pacientes a urgencias hospitalarias desde atención primaria, tiene que estar claramente justificada si no queremos correr el riesgo de ser maleficentes. El cuidado de estos pacientes en el domicilio requiere implicación, un aumento de visitas domiciliarias, apoyar a los familiares, manejar su angustia, comunicarse con ellos, escucharles..., manejar la incertidumbre y asumir conjuntamente riesgos, y en muchas ocasiones, la tentación de solucionar el problema rellenando un volante y así evitarnos problemas, suplanta a la reflexión sobre si realmente estamos haciendo lo mejor para el paciente o si, con nuestra actitud, estamos perjudicándole.

Existe consenso en afirmar que, aún contando con el valor simbólico que tiene y las emociones que suscita, la alimentación por sonda nasogástrica no puede considerarse un cuidado sino un tratamiento, y como tal, debe valorarse si está o no indicado y si es proporcional y adecuado a la situación biológica de cada paciente. A pesar de la falta de evidencias de que mantener la alimentación por sonda en pacientes con demencia avanzada aporte beneficios (Finucane, Christmas & Travis, 2000), su utilización sigue siendo habitual. Dado que la sonda resulta incómoda para el paciente y no está exenta de riesgos, no parece fácil justificar un uso tan frecuente, salvo que atendamos a la comodidad de los cuidadores más que a la de la persona cuidada.

Por otra parte, aunque está bien establecida la necesidad de proporcionar cuidados paliativos a los pacientes con demencia avanzada en los estadios finales, estos pacientes reciben menos medicación antitérmica o analgésica que los pacientes oncológicos terminales, y sus familias detectan un peor control de síntomas y un mayor discomfort asociado a dolor, úlceras por presión, estreñimiento o restricciones físicas (Bayer, 2006).

La toma de decisiones en estos pacientes resulta siempre complicada por la dificultad para realizar un pronóstico sobre el tiempo que le queda de vida, e insistimos, debe ser individualizada y consensuada con la familia si no conocemos los deseos del paciente. Surgirán dudas sobre si tratar o no infecciones recurrentes, si colocar o no una sonda nasogástrica para la alimentación en las crisis, etc, que requerirán una deliberación sosegada. Donde no caben dudas es en la obligación de procurar el alivio de los síntomas y el mantenimiento del confort del paciente. Realizar actuaciones destinadas a prolongar la vida de estos pacientes, sin asegurar los cuidados básicos, puede hacernos caer en la obstinación terapéutica y resultar maleficentes.

Otro prejuicio que nos interesa señalar es la idea, bastante extendida entre los profesionales, de que las familias de los mayores dependientes tienden a "quitárselos de encima". A veces, de forma irreflexiva, les culpabilizamos indirectamente por los malos resultados obtenidos en la evolución de úlceras por presión, en la nutrición, etc. Al realizar juicios de valor de este tipo ante cuidadores muchas veces agotados, sin acercarnos a su mundo ni preocuparnos por sus necesidades, conculcamos el deber de no maleficencia ya que, entre otros, aumentamos el riesgo de aparición de depresión o de duelos complicados en los familiares.

5.2. Desde el principio de Autonomía

El principio de autonomía nos obliga a promover y respetar las decisiones de las personas mayores, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales.

Algunas de las especificaciones de este principio como el respeto a la intimidad o el derecho al consentimiento informado, continúan siendo una asignatura pendiente en el ámbito sociosanitario.

El respeto a la intimidad, ya lo hemos visto, es una de las mayores preocupaciones de las personas mayores. Sin embargo, seguimos considerando "normal" que en hospitales y centros sociosanitarios se les pongan camisones que solo cubren la parte delantera de su cuerpo, se les lave o hagan sus necesidades sin cerrar una puerta o entrando y saliendo gente de la habitación, etc. Excusarnos en las trabas organizativas, la escasez de personal o las prisas, no facilita el cambio de hábitos. Tenemos que hacer autocrítica y valorar que estamos ante personas dependientes que sufren por el hecho de tener que ser lavadas o vestidas por otros y que no han renunciado a su derecho a la intimidad, sino que lo ejercitan "permitiendo" que accedamos a ella porque confían en nosotros y esperan que seamos sensibles y la respetemos.

El consentimiento informado sigue siendo entendido por muchos profesionales como un papel que el paciente debe firmar para permitir que se le realicen determinadas intervenciones, convirtiéndose en ejemplo de que a veces cumplir con lo legislado no implica respetar los principios éticos por los que se legisló. El consentimiento informado supone un cambio en el modelo de relación entre profesionales y pacientes, que supera el paternalismo que ha presidido durante siglos esa relación y consiste en un proceso de comunicación e interacción entre ambas partes, en el que el paciente recibe la información que considera necesaria para tomar decisiones.

Es cierto que, al igual que muchos profesionales, las personas mayores no han sido educadas en este modelo de relación y frecuentemente solicitan nuestra ayuda a la hora de tomar decisiones. Es una forma de ejercer su autonomía, no una renuncia a la misma, y no puede servir de pretexto para saltarnos el deber de informar.

Informar a personas mayores puede requerir del profesional un esfuerzo añadido, al tener que sortear barreras como una audición disminuida o un procesamiento más lento de la información. Tendremos que preguntarnos si ante estas dificultades solemos hacer el esfuerzo por que nos puedan entender o directamente optamos por informar a los familiares, saltándonos, por cierto, la norma escrita.

Tenemos la impresión de que el paternalismo mantiene toda su vigencia en la relación de los profesionales con las personas mayores y esto no sólo dificulta la promoción de su autonomía sino que favorece su infantilización. No negamos que la autonomía de los mayores dependientes puede verse razonablemente limitada al tener que adaptarse a los proyectos de vida de los familiares que les cuidan, pero esto no justifica que se les informe de procedimientos, tratamientos o ingresos, cuando unos y otros han tomado ya decisiones por ellos. Quizás esta actitud tenga que ver con que frecuentemente confundimos su incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria con la incapacidad para tomar decisiones.

La posibilidad de que tengamos que dar malas noticias se acrecienta a medida que pasan los años y la existencia de un mal pronóstico no es razón para obviar la obligación moral de informar. La formación en técnicas de comunicación en estos casos es imprescindible, pero además, su abordaje requiere que el profesional se implique y se comprometa a acompañar y ayudar a la persona mayor a asimilar la información.

La regulación por ley de los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas nos concede una gran oportunidad para promover la autonomía en las personas mayores, ya que facilitan que puedan ejercer influencia en las decisiones que les afecten cuando ya no estén capacitados para decidir.

Pero al igual que con el consentimiento informado, se corre el riesgo de que su utilización se convierta en la práctica en la estampación de firmas sobre papeles mojados. Estos documentos deben entenderse como una herramienta que facilita que los profesionales integren en la práctica diaria el inicio de conversaciones sobre el final de la vida, dentro de un proceso continuado de reflexión, comunicación y deliberación que nos permita conocer cuáles son los valores y preferencias de las personas mayores y sus familias para cuando llegue el momento.

La planificación anticipada de la atención al final de la vida, de eso hablamos, debe incorporarse como una actividad más de los profesionales en los centros sociosanitarios y en la atención primaria. Además de promover la autonomía moral del paciente y aumentar su sensación de control, estaremos mejorando el proceso de toma de decisiones y disminuyendo la incertidumbre, que tantas veces nos atenaza cuando desconocemos qué hubiera deseado la persona mayor en su final.

5.3. Desde el principio de Justicia

El principio de justicia obliga moralmente a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos y la accesibilidad a los mismos de forma equitativa, protegiendo a los más necesitados.

En los temas relacionados con la distribución de recursos, siempre limitados, la responsabilidad principal recae en políticos y gestores. Pero la realidad impone que muchas veces los profesionales tengamos que decidir sobre cómo repartir los recursos que la sociedad hace llegar a nuestras manos y esta responsabilidad es ineludible. Nos encontramos con que si queremos ser "justos" tenemos que ser eficientes en nuestro trabajo, intentar hacerlo bien y con el menor coste posible y si queremos ser equitativos debemos asignar recursos, en la parte que nos toque, a los más necesitados.

Estas obligaciones nos deben hacer reflexionar sobre cómo realizamos prescripciones de medicamentos o cómo utilizamos el material de la planta, pero también sobre cómo gestionamos nuestro tiempo, si le dedicamos más a las personas mayores que están peor o a las más agradables y simpáticas. Esta reflexión debe extenderse a la distribución de algunos recursos sociales que no siempre llegan a los más necesitados sino a los mejor informados de la posibilidad de obtenerlos o a los que más protestan. Si no interiorizamos estos deberes, podemos estar contribuyendo a incrementar las desigualdades.

La discriminación de las personas por razón de edad sigue siendo un hecho habitual en nuestra sociedad que se refleja en algunas actitudes que mantenemos los profesionales. Aunque oficialmente no se reconozca, en la práctica muchos profesionales limitan el acceso de las personas mayores a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que incluso han mostrado más eficacia en este grupo, sin más explicación que la de encontrarse ante una persona de edad avanzada. La revisión de nuestros prejuicios y hábitos en este terreno es inaplazable.

Quizás el paradigma de la discriminación sea el trato que se da a las personas mayores que viven de ciudad en ciudad, rotando por meses en los domicilios de sus hijos. A las dificultades que encuentran para acceder a cualquiera de los servicios sociales, por el mero hecho de no estar empadronados en uno u otro lugar, se unirán las trabas que muchas veces ponemos los profesionales para atenderles al no sentirnos responsables de su cuidado por no estar adscritos a un cupo, zona, etc. Observar la colección de informes de urgencias hospitalarias que suelen acumular estos pacientes, debería movernos a reflexionar.

5.4. Desde el Principio de Beneficencia

El principio de beneficencia nos obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos. Este principio ha sido, y sigue siendo, la razón de ser de las profesiones sociosanitarias. Lo que ha cambiado es que hoy no se entiende la beneficencia si no va unida al escrupuloso respeto de la autonomía de aquél a quien pretendemos hacer el bien.

Muchas de las reflexiones que podríamos hacer aquí las hemos hecho al hablar de la ética del cuidado. Nos limitaremos a señalar dos campos que nos ofrecen grandes posibilidades de mejora. La atención domiciliaria y el cuidado del cuidador.

La atención en el domicilio suele provocar cierto rechazo entre los profesionales de atención primaria por el tiempo que conlleva y el desplazamiento que supone. Generalmente se acude ante la demanda, pero para las visitas programadas para evaluar “cómo sigue” o qué necesidades tiene la persona mayor, casi nunca se encuentra tiempo. Sin embargo, debemos ser conscientes de la información que nos puede aportar conocer su entorno y las actividades que nos permite desarrollar. Temas como la prevención de caídas en el hogar o la prevención y detección del maltrato domiciliario son solo dos ejemplos y no carecen de importancia.

Sobre la necesidad de cuidar al cuidador seguramente hablamos mucho y aportamos poco, a veces ni siquiera una palmadita en la espalda. Pocas veces apreciamos el esfuerzo que hacen muchas familias por mantener a sus mayores bien cuidados en el domicilio familiar, asumiendo también el prejuicio de que “es su obligación”. No pretendemos debatir aquí sobre si existe o no esa obligación o qué carácter tiene, sino destacar la importancia que tiene la función que desarrollan los cuidadores familiares y la obligación moral de los profesionales de ayudarles.

Cuidarles, al igual que con las personas mayores, significa explorar cuáles son sus necesidades y tratar de encontrarles soluciones. Podemos preguntarnos por el tiempo que dedicamos a escucharles, a entrenarles en temas técnicos, a informarles sobre los recursos sociales, legales o sobre la existencia de utensilios que pueden facilitarles el cuidado, a buscar y fomentar las posibilidades de descanso o su asistencia a grupos de apoyo. La prevención de enfermedades y el evitar su claudicación, al verse atrapados en un laberinto de exigencias imposibles de cumplir, están en juego.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante una sociedad que cada día envejece más y necesita profesionales formados y dispuestos a cuidarla. Las profesiones de ayuda tendrán que dar un paso al frente, pues la fragilidad y la vulnerabilidad aumentan las obligaciones morales de aquellos que han elegido estas profesiones.

Los valores están siempre presentes en nuestra actividad diaria, pero a veces nos resulta difícil ser conscientes de su presencia y ponerles nombre. La rutina es mala compañera para identificarlos. Reflexionar sobre nuestros prejuicios y nuestras actitudes cotidianas nos puede ayudar a tenerlos presentes y a cambiar algunos hábitos que, a veces, nos impiden encontrar sentido a lo que hacemos.

Las personas mayores nos están pidiendo que les cuidemos. Quizás si nos atrevemos a sentarnos a su lado y a escucharles, descubramos personas agradecidas, deseosas de compartir sus experiencias y sus sentimientos, y llegaremos a la conclusión de que trabajar con personas mayores puede ser, de hecho lo es, gratificante.

MALTRATO INSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO GERONTOLÓGICO

Domingo Quintana Hernández
Director técnico sanitario de Centro Residencial Davida. Tenerife

Hablar del maltrato institucional es un tema tabú en el marco de la atención social y sanitaria. De hecho cuando se intenta tocar este tema en reuniones de equipo se suele decir “mejor deja ese tema aparcado”. Las razones para estas respuestas suelen ser normalmente de índole presupuestario. Sin embargo, el principal problema al que nos enfrentamos es en el propio acto clínico.

La declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores define el maltrato como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, **que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza** y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” El daño puede ser de varios tipos: físico, psicológico, espiritual, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. En este pequeño artículo se va a abordar este último aspecto, pues como abordamos generalmente la atención que le ofrecemos a las personas que atendemos.

Por esta razón, nos vamos a centrar en responder a la siguiente pregunta básica que debería plantearse cualquier profesional del ámbito gerontológico: ¿Qué es una persona mayor? En el caso que nos ocupa intentaré responder a lo que creo que debemos tener en cuenta a la hora de trabajar en el campo geriátrico.

Los servicios geriátricos y gerontológicos existentes en la actualidad se caracterizan por responder de forma generalizada a las necesidades biomédicas que presentan las personas mayores. Pero ¿es esto suficiente para todas las personas que acuden a las consultas, tanto en atención primaria como en los servicios sociales municipales? ¿Qué es lo que realmente hacemos con los pacientes difíciles que no asumen las prescripciones médicas? ¿Somos responsables de buscar una solución viable para calmar el sufrimiento de los pacientes mayores cuando no existe una patología causal evidente? ¿Realmente proporcionamos tratamientos para mejorar la situación física, social y psicológica de las personas que atendemos como propone la OMS?

En la actualidad los programas asistenciales desarrollados en Canarias, con algunas excepciones que confirman la regla, se caracterizan por la falta de equipos interdisciplinares que aborden la situación personal de los pacientes mayores de forma multidimensional. Es cierto que existen equipos formados por médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares, etc, pero ¿cómo tomamos las decisiones para intervenir sobre las circunstancias de un enfermo? ¿Poseemos herramientas y un marco teórico que integre de forma coherente la perspectiva biopsicosocial en la cual movernos? La respuesta que desafortunadamente tenemos que dar es negativa. Sin embargo, en los últimos años han empezado a proliferar escuelas que enfatizan su campo de acción directamente en el individuo.

Cuando nos centramos en la organización y la historia personal de un paciente podemos elaborar realmente un plan de cuidados individualizado. Este programa favorece que se produzca una generalización de las pautas prescritas en el ambiente habitual del enfermo y que la mejoría se vea en distintas áreas, sobre todo la familiar.

Con esta exposición se pretende abordar fundamentalmente dos aspectos: el primero es cómo llevar a cabo un trabajo interdisciplinario con un equipo multidisciplinar. El segundo es aportar una forma de organizar los servicios asistenciales con un enfoque terapéutico fenomenológico que favorezca el tratamiento en las múltiples áreas de desarrollo en las que nos desenvolvemos. Para ello se debe elaborar un Plan de Cuidados Educativo Asistencial.

Por último se abordarán las limitaciones que tenemos a la hora de intervenir, pues no siempre existe el éxito terapéutico si nos centramos en el resultado. Sin embargo, es necesario empezar a trabajar de forma procesual, pues de esta manera se mejora el plan de cuidados hasta que se produzca la baja del servicio por parte del paciente.

1. ¿QUÉ ES UNA PERSONA MAYOR?

Acercarse a comprender las vivencias de una persona mayor requiere que nos posicionemos acerca de lo que supone ser una persona de edad avanzada. Esta pregunta la podemos responder desde diferentes ópticas, unas se centran en los componentes básicos que conforman al ser humano (células, aparatos, sistemas, cognición, emoción, etc.), mientras otras tratan de integrar elementos fisiológicos con estímulos ambientales, quedando un último grupo de teorías encaminadas a indagar los aspectos fenomenológicos que motivan las conductas individuales.

Sin embargo ¿cuál elegir a la hora de acercarnos a comprender la vivencia de la persona que acude a un profesional? Esta respuesta es genuinamente individual, pues no todos los profesionales se sienten cómodos con todas las teorías, ni todas las teorías son científicamente defendibles. Sin embargo hay un elemento que sí debemos empezar a plantearnos a la hora de abordar el sufrimiento, la concepción evolutiva de las crisis, pues las alteraciones no aparecen, normalmente, de forma súbita, todas siguen su proceso.

En una ocasión alguien me dijo “todo tiene un principio y un final..... Y en el medio está la vida”. Con este artículo quiero que usted, futuro o presente profesional de la gerontología se plantee cómo intervenir con una persona de edad avanzada de forma rigurosa, como “comprender la vida”. Para ello hay que evaluar para conocer y conocer para intervenir, ahora bien todo esto es más fácil si se hace desde una perspectiva teórica que integre las diferentes características de la experiencia humana.

En este artículo se aborda principalmente qué es una persona mayor, haciendo énfasis en la autoconciencia y organización individual, siendo este último uno de los campos de estudio más importantes que la psicología actual tiene que responder en el campo de la gerontología y la psicogeriatría.

2. ¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA?

El abordaje de los aspectos psicológicos de la vejez requiere responder primero a qué es la psicología (ver definición de Michelle, Pág. 460, en Doron y Parot, 1998) porque todos “tenemos psicología”, es decir, sentido común, intuición, etc. Es imprescindible apuntar esto porque la psicología como ciencia es actualmente un “quirigay” profesional en el cual el resto de profesionales no saben realmente qué hacemos los psicólogos. En el mejor de los casos se hacen rigurosos análisis psicométricos. Sin embargo, esto no es suficiente para acercarse a las vivencias de las personas. Los profesionales tenemos que abordar esta área de forma rigurosa para entender adecuadamente la realidad personal de quien demanda ayuda, y no sólo los psicólogos, sino todos aquellos que quieran ver la persona entre los múltiples datos analíticos, como exponía el profesor Perlado (2005) en una de sus últimas conferencias, pues, en gran medida, padecemos en función de cómo vivimos y vivimos en función de cómo nos organizamos y nos organizamos en función de quienes somos.

La psicología la podemos entender, en un sentido amplio, como la ciencia que trata de abordar la estructura de la experiencia vivencial humana, para ello se analiza la integración del conocimiento personal desde diferentes niveles como el social, cognitivo, perceptual, motor y emocional. La integración de la información procesada desde estos diferentes niveles es lo que permite vertebrar el “Sí Mismo”, el “Yo”, es decir la estructura central que nos define como individuos únicos, actualmente insertados en una sociedad postmoderna.

La construcción de un significado personal, por medio de la narrativa personal, es lo que permite al individuo ir pasando por las diferentes etapas del ciclo vital sedimentando el sí mismo. En este sentido un significado personal flexible permite adaptarse adecuadamente a las diferentes crisis obteniendo una estructura personal cada vez más articulada e integrada. En cambio un significado personal rígido dificulta una adaptación viable evolucionando hacia alguna crisis psicopatológica.

En este sentido hay que diferenciar una adaptación válida, que se corresponde con una única realidad, de la adaptación viable que hace referencia a la capacidad de la estructura para integrar el nuevo conocimiento y aportar una nueva situación de estabilidad. Este aspecto es muy importante porque nos pone en una nueva plataforma de sali-

da para acercarnos al mundo de la psicopatología, pues no existe una realidad independiente del observador. Sin embargo, en la práctica profesional normalmente buscamos adaptaciones válidas, dicotomizando la realidad del individuo no teniendo en cuenta su historia personal.

2.1. Coherencia del sistema personal, autoengaño y psicopatología

Balbi (1994) propone tres elementos fundamentales que favorecen la aparición de las crisis en la vida adulta.

- A. El tiempo.
- B. Las relaciones afectivas.
- C. La capacidad de introspección y autoconocimiento.

En la infancia y la adolescencia los cambios vitales están ligados a la transformación física y al desarrollo de las capacidades cognitivas, produciéndose estos de forma lineal. Sin embargo, en la adultez los cambios se producen por medio de crisis desencadenadas por variables de orden psicológico. Estas suelen producirse por alteraciones en alguno de los puntos antes descritos. En la vejez estas crisis suelen acelerarse por unirse los tres factores desencadenantes de la etapa anterior y, este aspecto es fundamental para analizar las causas de múltiples problemas físicos que aparecen en la vejez acelerando el paso natural del tiempo.

Vamos a abordar brevemente estas tres variables, porque muchos de los programas terapéuticos sociales y sanitarios se centran en la organización temporal de las actividades de la vida diaria (centros de día, residencias, servicio de ayuda a domicilio, etc.), y en el establecimiento de nuevas relaciones afectivas, normalmente con el personal auxiliar de los servicios. Sin embargo, ¿por qué asumimos que las personas mayores no pueden seguir creciendo personalmente y adaptarse satisfactoriamente a la etapa que se está viviendo, aunque sea una etapa de crisis? Y en aquellos casos que el crecimiento personal está limitado ¿por qué no nos centramos en indagar los aspectos que favorecen la regulación emocional para garantizar unos cuidados óptimos, que sean independientes de la personas que los ofrece?

2.1.1. “El cambio en el sentido subjetivo del tiempo”

El tiempo es la principal variable que organiza toda la existencia humana. Una veces guiados por medidores “objetivos” (reloj, calendario, etc.) y otras veces guiados por indicadores subjetivos (hora de comida, de baño, etc.), las vivencias se van moviendo entre el presente, pasado y futuro. Sin embargo apenas reparamos en esta variable a la hora de evaluar o intervenir.

San Agustín en sus confesiones se pregunta “¿Qué es, pues, el tiempo? Si nadie me lo pregunta lo sé; pero si quiero explicárselo a alguien que me lo pregunte, no lo sé. Lo que sí digo sin vacilación es que sé que si nada pasase, no habría tiempo pasado; y si nada sucediese, no habría tiempo futuro; y si nada existiese, no habría tiempo presente.”

La vivencia del tiempo como elemento vertebrador de la experiencia en su triple eje vivencial (presente, pasado y futuro) surge en la adolescencia con la aparición de la abstracción. Después de ella, aunque nos parezca que el tiempo es lineal, se debe valorar la subjetividad de las vivencias, pues las crisis favorecen la ruptura de la linealidad pasado-presente-futuro, permitiendo que las experiencias se anclen en uno u otro polo desarrollando diferentes psicopatologías. El elemento que favorece la percepción subjetiva del tiempo es la narración que realizamos acerca de la experiencia inmediata vivida.

Este tema es muy importante, pues en función de cómo se resuelvan determinadas crisis asociadas al ciclo vital, se favorecerá la adaptación a la nueva etapa. Guidano (1991) menciona algunos momentos críticos donde se rompe la simetría del tiempo y la estructura personal entra en crisis y debe reorganizarse. Estas etapas son: el final de la adolescencia, la transición de los treinta años, la mediana edad y, por último, el comienzo de la vejez. En esta etapa

es de especial importancia elaborar lo que este autor denomina “el sentido de terminar”, sobretodo porque en la vejez, de forma mayoritaria, el sentido de la propia vida está en el pasado, percibiendo el futuro con menor capacidad para desarrollar un proyecto alternativo.

El tiempo es muy importante en el desarrollo de la historia personal y la adaptación a la situación presente depende de la interpretación que se haga de la vivencia cotidiana, de las experiencias anteriores y de los objetivos y expectativas futuras. En palabras de San Agustín (IV) “el presente de cosas pasadas (memoria), presente de cosas presentes (visión) y presente de cosas futuras (expectación)”. Esto es importante porque el equilibrio psicológico se halla fundamentado en la aceptación de la historia personal y en la voluntad por materializar los objetivos y proyectos futuros.

Implícitamente, en las últimas décadas, la sociedad ha negado la realidad multidimensional del mayor, centrándose sólo en el envejecimiento cronológico y biológico, obviando las áreas social, psicológica, espiritual. Esto ha llevado en la práctica profesional a negar las capacidades del anciano para plantearse objetivos a medio o largo plazo, aceptándose solamente objetivos a corto plazo. Estar de acuerdo con esto supone negarle la capacidad de decidir a la persona eliminando cualquier motivación personal y, por lo tanto, practicando una eutanasia pasiva de hecho.

La perspectiva temporal futura tiene una función motivacional: estimula, orienta y organiza la actividad humana y es un factor clave en el desarrollo personal y la salud mental. No puede pasarse por alto que la capacidad de dar vida a un futuro mas o menos inmediato nos permite seguir estando vivos, mientras que la contemplación exclusiva del pasado nos hace ir muriendo en vida.

La perspectiva temporal de futuro en la ancianidad disminuye asociada a sucesos vitales estresantes (residencia, pérdida económica asociada a la jubilación, etc.) que favorecen la ruptura de la linealidad personal. En este sentido la vivencia es similar a otras vivencias en otros momentos del ciclo vital, con la particularidad, aparecida en la mediana edad según argumenta Guidano (1991), de la finitud percibida del futuro.

Rakowski y Clark (1985) en un estudio con enfermos en fase terminal, determinaron que no era tanto la proximidad de la muerte como otros factores psicosociales lo que hacían perder la perspectiva de futuro. No obstante, existe una gran diferencia en la vejez y es que se empieza a percibir el final del sentido expansivo de la propia vida. Por esta razón, en psicoterapia con mayores autónomos es importante abordar el sentido de terminación vital, que ayuda a trascender y a integrar la vida en un final narrativo integrado. Sin embargo, esta intervención es compleja pues en el anciano aparece la consciencia de que el tiempo es finito (Salvarezza, 1988), centrándose más en lo que me falta por vivir que en el tiempo cronológico vivido. Esto lleva a que muchos mayores mueran sin integrar esta última fase de la experiencia humana.

2.1.2. “La experiencia de la afectividad ligada al desarrollo de las relaciones significativas”

Un abordaje del desarrollo humano a lo largo de todo el ciclo vital tiene que centrarse en las siguientes áreas teniendo en cuenta las variables familiares y ambientales que catalizan el proceso madurativo. Estas áreas son:

1. El apego y la diferenciación emocional.
2. El desarrollo del autoconocimiento.
3. La maduración cognitiva.

Una de las teorías que mayor influencia está teniendo actualmente en el desarrollo de la psicología como ciencia es la Teoría del Apego de Bowlby (1969, 1973, 1980). Algunos autores llegan incluso a exponer que esta teoría es la que más ha influido en la psicología americana después del psicoanálisis. No obstante, no se va a abordar el apego infantil en estas líneas, aunque se tocarán brevemente algunos aspectos teóricos propuestos desde su inicio.

Por tratarse este artículo de adultos se empezará afirmando que el amor de pareja se puede conceptualizar como un proceso de apego (Guidano, 1991; Arciero 2004; Feeney y Soller, 2001). Y lo que es más, el amor de pareja tiene

unas bases y funciones biológicas que repercuten en la salud de los cuidadores y en los cuidados que estos ofrecen a las personas dependientes de ellos.

Bowlby describe tres tipos de apego primarios, mientras que sus colaboradoras, Ainsworth y Crittenden describieron hasta ocho subtipos secundarios, como después se verá. En la siguiente tabla se recogen los diferentes tipos de apego propuestos por Bowlby y las implicaciones para el cuidado en función de los mismos.

Estilos de Apego	Características del cuidado
Seguro (B)	Disponibilidad, receptividad, calidez
Evitante (A)	Conductas de rechazo, rigidez, hostilidad, falta de contacto
Ansioso ambivalente (C)	Insensibilidad, intrusividad, inconsistencia.

Como puede observarse en la tabla anterior en función del tipo de apego que nos caracterice ofreceremos una relación más constructiva para la estabilidad y el desarrollo personal. Este elemento es primordial cuando se trata de una relación de cuidados con una persona de edad avanzada dependiente, pues si no tenemos en cuenta la calidad de nuestra relación podemos estar poniendo en “jaque” la estabilidad de la persona constantemente.

Las funciones principales que ofrece la relación de apego según Bowlby son la búsqueda de la proximidad, la base segura y el refugio. Estas tres funciones favorecen dos procesos fundamentales para el desarrollo personal pues genera seguridad (manteniendo la proximidad con el cuidador) y favorece la exploración.

Guidano (1991) añade otras dos funciones que van a favorecer la estabilidad personal en la vida adulta. Estos son la capacidad autorreferencial de confirmar, sostener y expandir los patrones de coherencia del significado personal y el mantenimiento de un sistema de límites para garantizar la máxima estabilidad de la mismidad.

De las funciones y procesos básicos que favorece el apego se deduce que una de sus características principales es permitir la construcción de un sentido de sí mismo consistente, estable y continuo en el tiempo. Ahora bien, la construcción de un Yo se realiza en la interacción que proporciona un contexto desde la infancia, sea este seguro y/o inseguro. En relación a esto, Hofer (1984, citado en Guidano, 1991, pag.105) argumenta que “la autorregulación independiente no existe ni en la madurez ni en la infancia”, es decir, es necesario un contexto en el cual insertarse para poder definirse y/o diferenciarse, siendo dos fases de un mismo proceso que favorece la regulación.

La organización psicológica está estrechamente ligada con la imagen personal que se proyecta recíprocamente en un contexto social. En la primera infancia la interacción es básicamente sensoriomotora y afectiva, pasando a complicarse exponencialmente después de la adolescencia con la maduración de las funciones cognitivas y el desarrollo de la abstracción. Por esta razón, a lo largo de toda la etapa adulta, la regulación emocional se produce mediante una compleja coordinación intermodal de módulos sensoriomotores-afectivos-cognitivos.

En resumen, y haciendo propias las palabras expuestas en diferentes contextos por Guidano, Arriero, Cabrera y Trujillo, el apego es un sistema de referencia interpersonal que subyace de modo preeminente al desarrollo y mantenimiento de la dinámica de la mismidad.

Una vez vistas las funciones y procesos de autoconstrucción personal que favorece la relación de apego se deben plantear dos preguntas fundamentales: ¿qué tipos de organización personal emergen al construir un “Sí Mismo” inmerso en un contexto sociofamiliar determinado? Y ¿en la etapa adulta qué caracteriza la elección de las relaciones afectivas?

La primera pregunta se abordará más ampliamente en el siguiente punto, cabe decir que desde el modelo teórico postracionalista se postula la existencia de cuatro estilos de personalidad primarios (Dápico, Depresivo, Obsesivo y Fóbico) que a su vez se pueden articular en estilos mixtos.

La segunda pregunta es fundamental, no sólo para plantearnos cómo nos desarrollamos como personas únicas, sino también para entender por qué una persona mayor prefiere a uno u otro cuidador.

Si tenemos en cuenta que la relación de apego favorece la capacidad autorreferencial de confirmar, sostener y expandir la mismidad, podemos entender por qué el transcurso de una relación está más relacionado con el sentimiento que experimenta el individuo al estar con el otro que con las características propias del otro. Es decir, la elección de la pareja que uno tiene habla más de nosotros mismos que de la propia pareja (Arciero 2005, curso de psicoterapia).

De lo expuesto anteriormente se deducen dos aspectos significativos: el primero es que la imagen personal del otro está estrechamente ligada con el estilo de personalidad (mismidad). El segundo hace referencia a que la incorporación de la experiencia inmediata (ipseidad) a la experiencia personal dependen del grado (a mayor intimidad, cercanía, mayor interdependencia) y de la calidad (negociación para el reconocimiento mutuo dentro de la relación) de la relación afectiva. La Rochefoucauld (1613-1680, citado en Guidano 1991, Pág. 108) "es difícil amar a personas que no estimamos, pero no es menos difícil amar a quienes estimamos mucho más que a nosotros mismos".

La calidad de la relación depende de la comunicación y de las relaciones de intimidad. Acerca de la comunicación de pareja se ha escrito mucho desde diferentes ópticas (sociología, psicología social, ecología, etc.), sin embargo si miramos la comunicación desde un punto de vista ortogenético debemos realizar un acercamiento doble que garantice la organización de la mismidad. Para ello debemos tener en cuenta como se maneja el individuo en función de sus intereses a la vez que tiene en cuenta al otro. Blake y Mouton (1964; citado por Feeney y Noller, 2001) proponen un modelo bidimensional de aproximación al conflicto. En este modelo, en función del valor que se le da a la pareja y la valoración de las propias necesidades se alcanza un compromiso óptimo que favorece la organización personal.

En resumen, el apego en sus diferentes formas: seguro, ansioso-ambivalente y evitante, es el elemento principal en la vertebración de un sistema de organización personal en la primera infancia. Después, a lo largo de todo el ciclo vital las diferentes relaciones de apego van favoreciendo la estabilidad personal a la vez que se va permitiendo un desarrollo más articulado y abstracto de la identidad personal en función de la flexibilidad o rigidez de la narración al servicio de los estilos de personalidad.

2.1.3. La capacidad de articular el sí mismo que tiene el individuo

Este punto es la clave del trabajo psicoterapéutico, si bien en personas de edad avanzada el objetivo se dificulta por la sedimentación de la mismidad. Es decir, el acumulo de diferentes experiencias a lo largo de la mayoría del ciclo vital, y la falta de expectativas futuras, como veíamos en el abordaje temporal, dificultan la integración de una visión personal más articulada. No obstante, sí que es posible la intervención psicoterapéutica con los mayores que están dispuestos a buscar nuevas alternativas a la etapa que estén viviendo. Además, un aspecto a desarrollar con todas las personas mayores, que no presenten sintomatología cognitiva, y que comienzan a percibir el final de su propia vida es el sentido de terminación.

En este punto es necesario aclarar que la capacidad de articular las nuevas vivencias que se le presenten a un individuo va a depender de tres variables fundamentales: la primera es la flexibilidad narrativa adquirida a lo largo del tiempo para integrar las nuevas vivencias, la segunda es la presencia de las relaciones afectivas y la tercera es la posibilidad de integrar la realidad percibida en una salida viable. Si se dan estos criterios se puede intervenir, si no la intervención ha de ser paliativa. La diferencia es que se planteará un programa de intervención terapéuticamente guiado, pues el cambio personal tiene unos límites.

Para conocer cómo una persona se regula es fundamental conocer la estructura con la que enfoca sus vivencias, para ello es importante conocer el estilo de personalidad, pues nos ayudará a saber los aspectos en los que se fija de forma automática una persona para anclar su experiencia. No obstante, estos no determinan la vivencia. Sin embargo sí que nos dan información de cómo se acerca el enfermo a esta.

Los estilos de personalidad propuestos desde la teoría postracionalista se mueven en un triple eje: en primer lugar los estilos de apego antes mencionados y en segundo lugar dos variables psicológicas como son: la dependencia-independencia de campo y la auto-hetero regulación emotiva (para profundizar en este tema ver Arciero, 2004).

La combinación de estas variables desde la infancia va favoreciendo un proceso de aprendizaje que va sedimentando a lo largo de todo el ciclo vital la estructura inicial. La complejización de estas estructuras iniciales se ve favorecida por la aparición del lenguaje y del pensamiento abstracto. Estas dos variables cognitivas favorecen o dificultan la adaptación de la mismidad produciendo una evolución o una regresión.

BIBLIOGRAFÍA

- ANÍA LAFUENTE, B. J. (1994). *Situación funcional de los ancianos en Canarias*. Plan canario de salud. S/C de Tenerife: Consejería de Sanidad.
- ARCIERO, G. (2004). *Estudios y Diálogos sobre la identidad personal*. Las Palmas: COP Las Palmas.
- BALBI, J. (1994). *Terapia cognitiva postracionalista: conversaciones con Vittorio Guidano*. Buenos Aires: Biblos.
- BALBI, J. (2004). *La mente narrativa*. Buenos Aires: Paidós.
- CASTAÑEDA, J. (1996). *Madurez y vejez*. La Laguna: sin publicar.
- FEENEY, J., y NOLLER, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao: DDB.
- GREENBERG, L., RICE, L., y ELLIOT, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V. (1991). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V. (1999). *El modelo cognitivo postracionalista*. Bilbao: DDB
- QUINTANA, D. (2004 a). "El Auxiliar como agente educador en el S.A.D." Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Las Palmas Junio de 2004.
- QUINTANA, D. (2004 b). Educational intervention in home day care for seniors: A positive experience from the postrationalist-constructivist approach. Cognitive Neuroscience ageing International Congress. Palma de Mallorca, octubre de 2004.

RELACIÓN ENTRE ABUSO A ANIMALES Y PERSONAS MAYORES

Nuria Querol Viñas

GEVHA. Grupo de estudio de violencia en humanos y animales

“La verdadera bondad del hombre sólo puede manifestarse con absoluta pureza y libertad en relación con quien no representa fuerza alguna. La verdadera prueba de la moralidad de la humanidad, la más profunda, tal que escapa a nuestra percepción, radica en su relación con aquéllos que están a su merced: los animales”

Milan Kundera en “La insostenible levedad del ser”

Poco después de nacer, los humanos entramos en contacto con otras especies animales, ya sea con animales “reales” o bien a través de muñecos de peluche y variadas representaciones con la finalidad de darnos confort y bienestar cuando somos bebés. A lo largo de nuestras vidas es muy probable que establezcamos lazos afectivos profundos con algún animal ya que se estima que un 50% de las familias españolas comparten su vida con animales. Cada vez más, los ancianos optan por adoptar un animal o participar en programas de actividades asistidas por animales de compañía, mejorando de manera significativa su calidad de vida (realizan más ejercicio, aumentan las relaciones sociales, mejora el estado de ánimo y la memoria, etc.) Por otra parte, existen unas poblaciones que se caracterizan por una especial vulnerabilidad y que suelen establecer relaciones de afecto o de amor hacia sus animales de manera más acentuada debido a que en muchos casos suelen ser sus únicas fuentes de cariño, como sería el caso de niños y mujeres maltratados o, en el caso que nos ocupa, personas mayores.

La crueldad o la negligencia hacia animales puede ser, a menudo, una señal de alarma de otras formas de maltrato, incluyendo a las personas mayores, como denunció, ya en el 2001, la Humane Society de Estados Unidos (HSUS). La HSUS ha unido fuerzas con el departamento de la salud y la administración de recursos humanos para mayores (Human Services' Administration on Aging) con la finalidad de compartir información sobre la relación entre el abuso a animales y a personas mayores.

El interés por el estudio de la crueldad hacia los animales no es un fenómeno propio de la actualidad sino que ha despertado la preocupación desde hace siglos, en algunos casos como expresión de una condena moral al maltrato hacia un ser sintiente y en otros por el temor a una extensión del comportamiento violento hacia la especie humana. Santo Tomás de Aquino, si bien no tenía una preocupación hacia el sufrimiento de los animales *per se*, recomendaba la condena social al maltrato animal ya que según él “siendo crueles hacia los animales, uno se acaba volviendo cruel hacia los seres humanos”. En el siglo XVII, el filósofo John Locke escribía “el acostumbrarse a atormentar y matar a bestias, endurecerá gradualmente las mentes hacia los hombres; y aquéllos que se complazcan en el sufrimiento y la destrucción de criaturas inferiores, no serán aptos para ser compasivos o benevolentes hacia aquéllos de su propia clase” (1693).

Los novelistas y escritores también han reflejado la conexión entre la violencia hacia los animales y los humanos, siendo algunos ejemplos bien conocidos por el gran público: “El gato negro” (Poe, 1843), “El gran Santini” (Pat Conroy, 1976), “El señor de las moscas” (William Golding, 1959), “Las Crónicas de Narnia” (C.S. Lewis) y “Sacrifice” (Andrew Vachss, 1991).

El comportamiento cruel hacia los animales se ha estudiado en varios contextos: desde los más notorios asesinos en serie de la Historia (como Ted Bundy, Jeffrey Dahmer o Albert de Salvo), población penitenciaria con condenas por delitos violentos, niños con trastorno de conducta o a maltratadores domésticos, siendo el más reciente campo de estudio la población de personas mayores.

Cuando un miembro de la familia maltrata al animal doméstico de un pariente anciano, las motivaciones pueden ser complejas. El perpetrador puede descuidar o abusar del animal doméstico de un anciano como forma de con-

trol o de venganza a causa de su frustración por la responsabilidad de cuidar de él, o como manera de obtener beneficios financieros.

Muchas personas mayores están particularmente unidas a sus animales domésticos y representa una mejora muy significativa en su calidad de vida, como demuestran diversos estudios. El animal de compañía no sólo desempeña un papel vital en las vidas de los ancianos, ellos también representan uniones importantes con el pasado. Los animales domésticos proporcionan bienestar y alivio de tensión y estrés, buen humor, atención, protección, y ellos fomentan la interacción social entre unos ancianos y otros.

Esta relación especial, sin embargo, también hace a los animales domésticos vulnerables para ser maltratados por los que deseen ejercer poder y control sobre una persona mayor.

Los casos de la negligencia animal extrema pueden también reflejar la incapacitación de un anciano de proporcionar el cuidado adecuado para él o ella misma, e indican así la necesidad de ayuda.

La HSUS y el Centro Nacional de Maltrato a Personas Mayores (National Center on Elder Abuse, NCEA) realizó en el 2001 una encuesta a los trabajadores de servicios de protección al mayor, tanto supervisores como investigadores, para medir el grado de información y la capacidad de respuesta en estas situaciones particulares de maltrato. Participaron unos 200 profesionales de 40 estados, muchos de los cuáles reconocieron la relación y relataron situaciones en que debían ser especialmente sensibles a la relación de cariño de las personas mayores con sus animales. Sin embargo, sólo pocas agencias tenían programas específicos de formación para intervenir en estas situaciones y había habido pocos esfuerzos para coordinar a las protectoras de animales con los servicios sociales, como ya viene estableciéndose en los casos de mujeres maltratadas a través de programas específicos como Safe Havens, Companion Animal Rescue Effort, Paws for Kids y la Fundación Altarriba en España.

A modo de resumen de los datos más destacados referidos por los trabajadores:

Más del 35% de los participantes explicaron que sus clientes referían que sus animales habían sido amenazados/maltratados/heridos o muertos por la persona responsable de su cuidado.

Más del 45% encontró evidencias de maltrato intencional o de negligencia cuando visitaron a sus clientes.

Más del 92% encontraron trato negligente hacia al animal coexistiendo con la incapacidad del cliente de cuidarse a sí mismo/a. De este modo, la crueldad hacia los animales entendida como trato negligente, es un signo de alarma de auto-negligencia por parte del adulto vulnerable.

Más del 75% explicó que la preocupación de los clientes por el bienestar de sus animales afectaba a las decisiones sobre intervenciones o servicios adicionales. Los clientes a menudo rechazaban servicios o alojamiento si las necesidades de sus animales no se tomaban en consideración.

A pesar de las preocupaciones por los animales referidas por las personas mayores, sólo el 35% de los trabajadores explicaba que su agencia hacía referencia a animales en el abordaje de cada caso; que menos del 25% tenía protocolos para denunciar crueldad hacia animales; y un 19% tenía protocolos de intervención conjunta con asociaciones de protección animal.

El abuso a ancianos y la crueldad hacia animales domésticos pueden ser investigados y frenados –si se llama la atención sobre estos casos a servicios de protección de personas mayores, los agentes de protección animal, la sociedad protectora de animales y los agentes de la ley.

Todas estas agencias pueden también ayudar a prevenir la violencia cooperando y formando grupos de trabajo a nivel inter-agencias o inter-institucional. El estudio cruzado de denuncias de maltratos a animales y ancianos es fundamental también. En dos estados se ha considerado obligatorio: una ley de California requiere a agentes de protección animal que investiguen si se sospecha malos tratos a ancianos, e Illinois lo requiere a los veterinarios.

Actualmente, la HSUS ha creado un programa de formación conjuntamente con la Wisconsin Department of Health and Family Services y se ha publicado el manual "*Creating Safer Communities for Older Adults and Companion Animals*".

Hay maneras en que todos nosotros podemos ayudar a prevenir el maltrato a las personas mayores y a sus animales. Las principales recomendaciones de la HSUS y Centro Nacional de Maltrato a Personas Mayores (National Center on Elder Abuse, NCEA) son:

- **Familiarícese con los signos de maltrato o negligencia en ancianos.** Éstos incluyen abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia, el abandono y la explotación financiera o material.
- **Compruebe el estado de salud de los animales domésticos.** Pregunte por cualquier problema de salud o lesión recientes. Los animales domésticos son, a menudo, subalimentados en hogares abusivos; sus costillas pueden verse a simple vista y sus platos de comida estar vacíos.
- **Examine el comportamiento de los animales.** Los animales domésticos en hogares abusivos se asustan fácilmente, se esconden, son agresivos o excesivamente protectores.
- **Haga preguntas.** Si un animal doméstico se ha perdido repentinamente o se lo ha trasladado a la terraza o al jardín, pregunte por qué. Las respuestas a estas preguntas pueden conducirle a descubrir la crueldad hacia el animal y dar la oportunidad al anciano de que pueda tomar parte en la denuncia de maltrato.
- **Descubra a quién llamar en su comunidad si usted sospecha crueldad hacia el animal o el anciano.** Las páginas amarillas en su listín telefónico incluirán los números para el servicio social local y las agencias de protección animal.
- **Apoye la legislación para mejorar las leyes contra los malos tratos a animales y a ancianos.**

PROFESIONALES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS MAYORES, VÍCTIMAS DE MALTRATO DE GÉNERO

Carmen González-Rosón Flores
SIAD 24 Servicios socio-sanitarios. A Coruña

SIAD 24. PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

SIAD24 es una empresa de servicios sociales creada en 1997 y que cuenta con una dilatada experiencia en el sector de los servicios socio-sanitarios y de la formación, así como con un profundo conocimiento de la realidad de su entorno.

Nuestra **misión básica** es:

- 1.- Por un lado, la de atender, adaptándonos a los cambios sociales, las necesidades no cubiertas en el ámbito de las personas mayores/dependientes, generando servicios que puedan dar una mejor respuesta a las mismas, desde una visión integral. El objetivo consiste en mantener a la persona mayor en su entorno habitual evitando o retrasando la institucionalización y procurando potenciar su autonomía personal y mejorar su calidad de vida. Todo ello a través de una serie de prestaciones de carácter personal, doméstico y social.
- 2.- Por otro lado, intervenir en la gestión e implementación de programas integrales de formación para la inserción laboral de colectivos con especiales dificultades/necesidades.

La **calidad** constituye el eje central de nuestra dinámica de trabajo, estando inmersa en el desarrollo de un proyecto integral avalado por la consecución de la norma UNE-EN-ISO 9001: 2000. Como prueba de su filosofía basada en la calidad de sus actuaciones, SIAD24 cuenta con un equipo profesional interdisciplinar con un alto grado de cualificación y amplia experiencia en el desempeño de sus funciones.

Los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad son aplicables a las actividades realizadas por SIAD24 en su prestación de servicios de ayuda a domicilio o extradomiciliarios (atención personal y apoyo doméstico) destinados a personas mayores, enfermas o sin autonomía y niños, así como a la impartición de actividades formativas relacionadas con el Ámbito Socio-Sanitario.

El Sistema de Gestión de Calidad de SIAD24 está basado en los ocho principios de gestión de la calidad, los cuales son la base de la Norma Internacional, y que son: la organización enfocada al cliente, el liderazgo, la participación del personal, el enfoque a proceso, el enfoque del sistema hacia la gestión, la mejora continua, el enfoque hacia la toma de decisiones y la relación mutuamente beneficiosa con el proveedor.

El contacto con los malos tratos por parte de una empresa de ayuda a domicilio es a través de nuestras profesionales: auxiliares de ayuda a domicilio.

Este contacto puede ser a través de dos vías:

- 1.- Por haber detectado un maltrato de un mayor en un domicilio.
- 2.- Como sujeto de un maltrato.

1. DETECCIÓN DE UN MALTRATO DE UN MAYOR EN UN DOMICILIO

Porque una auxiliar de ayuda a domicilio detecte que se está produciendo un maltrato hacia un mayor en un cliente/a.

La situación de las auxiliares de ayuda a domicilio, dentro de los profesionales que atienden al colectivo de mayores, es especialmente privilegiada porque le permite observar signos de violencia antes que muchos otros profesionales. El hecho de que se trate de violencia doméstica lleva a que muchos casos quedan invisibilizados.

Por otro lado, existen barreras que impiden reconocer con exactitud la existencia de un maltrato y que pueden provenir del propio auxiliar de ayuda a domicilio:

- Incredulidad.
- Carecer de formación o experiencia adecuada para detectar malos tratos.
- No disponer de claras directrices acerca de la confidencialidad en situaciones malos tratos.
- Desconocer los recursos disponibles.
- No querer verse involucrado/a en cuestiones legales.
- Temor a represalias por parte del agresor/a hacia la persona mayor o hacia ella misma.

A veces es el propio mayor el que manifiesta los hechos a la profesional pero, en otras ocasiones, faltan pautas para detectar los malos tratos hacia los mayores. Por ejemplo, valorar si los golpes o moratones se los ha hecho sin querer o si su retraimiento se debe a algún tipo de abuso. En todo caso, la mayor parte del maltrato no es tan llamativo sino: trato negligente, descuido en la alimentación, higiene y atención médica, abusos económicos y malos tratos psicológicos y físicos.

Lo primero que debe hacer la auxiliar de ayuda a domicilio es estar informada y conocer en qué consiste el maltrato a mayores.

Después, es necesario identificar una situación de maltrato y comunicarlo a las personas más indicadas. Es habitual que las empresas de ayuda a domicilio cuenten con un equipo multidisciplinar, donde se suele integrar un/a trabajador/a social, y, entre todos/as, valorarán la situación y el protocolo a seguir. En general, es necesario poner en conocimiento de esa situación a las autoridades administrativas y/o judiciales dependiendo de la gravedad del asunto.

Por otro lado, hay que informar al mayor, siempre que su situación se lo permita, de que existen recursos, y concienciar de que la mejor manera para que no padezca tanto es denunciar. Hay que tener en cuenta que denunciar no supone siempre ir al juzgado sino que se puede también obtener ayuda de un trabajador/a social, de una institución, teléfono del mayor, etc

El proceso de ayuda: Nuestras actitudes son muy importantes para establecer relaciones con las personas mayores que demandan ayuda, de modo que podamos brindarles un primer apoyo que las motive a recibir ayuda especializada para terminar con la violencia.

Actitudes en el abordaje profesional de la auxiliar:

Así SI	Así NO
<ul style="list-style-type: none"> • Acogida: Interés, dar confianza y seguridad • Confidencialidad, garantizar la intimidad evitando poner en situación de mayor riesgo a la víctima • Empatía, ponerme en su lugar, entender • Escucha paciente, atenta y activa • Mantener la calma: tono moderado y suave • Apoyo y contacto físico • Reforzando a la persona mayor positivamente • Valorar sentimientos y enfatizar lo positivo • Actitud colaboradora • Dando a su situación la importancia que tiene • Informándole de todas las consecuencias de las decisiones que pueda tomar • Respetando sus decisiones aunque no sean las que nos parecen más adecuadas (siempre que la víctima esté capacitada) • Derivando actuaciones necesarias a otras/os profesionales y haciendo un seguimiento de lo que ocurre, siempre que sea posible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juzgar: hacer preguntas del tipo ¿por qué no hiciste?, debiste... • Minimizando los riesgos que corre • Creer que sus decisiones son nuestras, que tenemos en nuestras manos la vida de esa persona (omnipotencia) • Crear expectativas que puedan no ser realistas sobre la resolución del caso.

2. TRABAJADORAS DE SAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Los servicios a domicilio son un sector en el cual se han acogido numerosas mujeres víctimas de violencia de género al tratarse de un nuevo yacimiento de empleo (NYE).

La primera vez que apareció esta definición de NYE fue en 1995 en el Libro Blanco de Delors donde la Comisión Europea identificaba una serie de servicios que constituían un nicho de empleo por relacionarse con una nueva realidad: hay nuevas necesidades que la población tiene que satisfacer.

La innovación de los NYE se centra en descubrir estas oportunidades por la vía de detectar necesidades sociales como fuente de nuevas actividades.

Los NYE se definen como aquellos que permiten crear empleo independiente, en el desarrollo de una actividad demandada como necesidad básica, no satisfecha total o parcialmente o para satisfacer necesidades derivadas de la calidad de vida que se pretende obtener.

La Comisión Europea clasificó los NYE en 17 ámbitos agrupados en 4 áreas. Una de dichas áreas es la de los Servicios de Proximidad o Servicios de la vida diaria en el que se incluye el ámbito de los Servicios a domicilio.

En estos están, entre otros, los siguientes servicios:

- Domésticos (comprar/comida, planchar/lavar, limpieza)
- Atención/cuidado personal (aseo, podología, peluquería, cambios posturales, complementarios)
- Acompañamiento, realización de gestiones

La demanda potencial de los servicios a domicilio en España ha crecido considerablemente en los últimos años como consecuencia de una serie de cambios sociales que están teniendo un notable impacto en este ámbito. Entre los que inciden especialmente en los "servicios a domicilio" se encuentran el envejecimiento de la población, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los cambios en las estructuras familiares.

Existe, por un lado, una población envejecida que quiere permanecer en su entorno habitual de vida y, por otro lado, unos servicios que se centran, en la mayoría de los casos, en una asistencia domiciliaria de tipo personal de cara a mejorar la calidad de vida de las personas mayores facilitándoles servicios de la vida diaria.

También se ofrece acompañamiento, seguridad, animación y otra serie de servicios psicosociales que evitan el aislamiento social de estos colectivos.

El mercado desarrollado en torno a la atención domiciliaria ha permitido la incorporación de muchas mujeres al mercado laboral (en algunos casos a través de la constitución de cooperativas). En general, constituyen una gran oportunidad para las mujeres ya que muchas de estas actividades han sido desarrolladas tradicionalmente por ellas sin profesionalizar y, en la actualidad y de cara al futuro, serán muy necesarias. Se trata de servicios ya existentes que se vienen desarrollando fuera del ámbito laboral y cuya profesionalización resulta conveniente.

A este sector en pleno crecimiento, teniendo en cuenta las expectativas de envejecimiento poblacional y el nuevo marco legal, se han incorporado un gran número de mujeres que han sido víctimas de violencia de género.

Las mujeres pertenecientes a este colectivo y que se incorporan a este sector suelen cumplir un perfil determinado: mujeres desempleadas, en muchas ocasiones de larga duración, encontrándose en una situación de gran dependencia económica, en un principio de su ex-marido y en momentos posteriores del proceso, de las ayudas públicas institucionales. El cuidado de mayores o de menores son trabajos que, en muchas ocasiones, han realizado dentro del ámbito familiar y que les resulta próximo el poder trabajar en ello.

Esta situación, unida a algunas de las más habituales características psicológicas y sociales de estas mujeres tales como:

1. Baja autoestima.
2. Aislamiento social.
3. Escasa capacitación profesional.
4. Carencia de habilidades de organización y trabajo.
5. Ausencia de corresponsabilidad familiar. Permanencia de las cargas familiares que en muchos casos las desvincularon del mercado laboral.
6. Grandes necesidades económicas.
7. Precariedad en el empleo y aceptación de trabajos en economía sumergida, las coloca frente al mercado de trabajo con una gran vulnerabilidad personal, social y laboral.

Ante esta realidad, las acciones de inserción laboral dirigidas a la población "normalizada" no dan respuesta a este grupo de mujeres.

En todo caso, se hace necesaria su profesionalización formándose en el cuidado de mayores para poder acceder al mercado laboral en la ayuda a domicilio prestando un servicio de calidad. Todo ello acompañado de una serie de medidas previas a la formación específica que las prepare y forme en aspectos tales como habilidades sociales y autoestima. Sólo así podrán dar un servicio de calidad y con profesionalidad.

1.- Formación prelaboral: Hay que tener en cuenta que una profesional de la ayuda a domicilio debe contar con las siguientes características:

- Amabilidad y cortesía en el trato
- Habilidad en las relaciones sociales
- Autocontrol emocional
- Facilidad en la conducción de diálogos
- Registro sistemático de datos y observaciones
- Discreción y sentido crítico en la colaboración con otros profesionales
- Empatía en las relaciones
- Ser riguroso en el cumplimiento de sus funciones.

El colectivo de mujeres que han sido víctimas de violencia de género, parte de una situación personal peculiar que les ha tocado vivir, y algunas de estas características pueden haberse visto mermadas. Se requiere por lo tanto, una formación prelaboral que potencie dichas habilidades y actitudes, y destinada a ayudarles a enfrentarse al mundo laboral, entendiendo:

- Habilidades sociales: herramientas y recursos que ayuden a estas mujeres a mejorar la situación de la que parten en sus relaciones con terceros al comienzo de un proceso de inserción, introduciendo los cambios necesarios para iniciar activamente el proceso.

- Autoestima: entrenamiento en las cualidades personales cuando estas apreciaciones son internas y no basadas en valoraciones externas.

A pesar de ser un módulo previo a la formación específica, el aspecto de habilidades sociales y autoestima se debe trabajar de manera individual a lo largo de todo el itinerario de inserción sociolaboral.

2.- La formación especializada de las/los profesionales de la ayuda a domicilio puede versar, entre otros, sobre los siguientes aspectos:

- Planificación, desarrollo y seguimiento de casos asistenciales
- Nutrición, diética y alimentación
- Higiene y seguridad personal
- Limpieza y cuidados del hogar
- Prevención y atención socio-sanitaria
- Recursos sociales e integración social
- Técnicas y soportes de gestión y administración básica
- Bioética y asistencia domiciliaria
- Atención al anciano en su domicilio
- Malos tratos en las personas mayores
- Relación de ayuda a personas mayores
- Cuidados en la persona con deterioro cognitivo
- El manejo de la implicación emotiva en la relación con la persona mayor
- Enfermedades infecto-contagiosas

En general, esta formación especializada es común a la de todo el personal que quiera trabajar en el sector de la ayuda a domicilio.

ASESORÍA EN CASOS DE MALOS TRATOS Y QUEJAS TANTO EN RESIDENCIAS COMO EN DOMICILIO

Gabriel Marinero San Miguel

Secretario de Asociación Ayuda al Anciano sobre Residencias. Madrid-Valladolid

1. El maltrato o no asistencia según algunos estudios se da en un 5 a 8 % de nuestros mayores, pero es difícil saber la frecuencia real. En muchas ocasiones el anciano o familia del mismo, no se queja, y no denuncia por miedo a represalias de las personas que le atienden, dándose en algunos casos sentimientos de culpabilidad asociados por parte de los mayores o sus familias. La incidencia de la dependencia entre las personas mayores es el aspecto más preocupante relacionado con el universo de los malos tratos. Más de un millón de personas mayores padecen situaciones de dependencia grave o muy grave. Los recursos sociales y sanitarios previstos para dar respuesta a estas situaciones son claramente insuficientes.

Además los ancianos con demencia no entran en los grupos de estudio, siendo un grupo de mayores con alta incidencia teórica de malos tratos, un importante grupo de riesgo, entre otros.

Varios son los aspectos del cuidado en que puede producirse maltrato:

1. **Maltrato físico:** Golpes, inmovilidad impuesta.
2. **Maltrato químico:** Sobre-medicación, con hipnóticos.
3. **Maltrato económico:** Estafas, apropiaciones, precios abusivos.
4. **Maltrato psicológico:** Insultos, desprecios, vejaciones, inactividad impuesta.

Definición: Maltrato al Anciano, es cualquier acto o desatención, que cause daño (físico, químico, económico o social) al mayor; en el contexto de su atención geriátrica, familiar o institucional.

1. **Maltrato físico:** Cuando el cuidador o familiar causa daño físico, perceptibles o no.

El daño físico normalmente no se ve, pero el anciano lo siente, como angustia y dolor.

La desatención y la negligencia es causa del mayor daño físico, y son frecuentes las deshidrataciones, mala alimentación sin control médico, no cambiarle los pañales con la frecuencia adecuada, y todo ello provoca lentamente enfermedades.

Falta de higiene y aseo que pueden provocar úlceras y por lo tanto pérdida de calidad de vida.

2. **Maltrato químico:** Abuso de fármacos innecesarios o contraindicados:

- Abusar de los tranquilizantes e hipnóticos, para que el anciano no moleste.
- Obligarle a tomar medicación y tratamientos contrarios a su ética, cultura, predisposición, etc.
- No seguir las indicaciones y tratamiento del médico en quien confía la familia, independientemente del médico del geriátrico.

3. **Maltrato emocional:** Suelen ser insultos, vejaciones, comentarios hirientes, aislamiento, no dejarle hablar, prohibirle sus aficiones y caprichos más simples con cualquier excusa, obligarles a tener la compañía de personas muy dementes (si él no lo está).

- Llevarle cada mes con un hijo con su colchón y todos sus enseres.
- Obligarle a ver siempre la tele (por falta de terapias ocupacionales).
- Prohibir que sea visitado por algunos hijos.

4. Maltrato económico:

- En familias: Suele ser apropiación indebida, legal o con engaños, de su pensión ahorros y/o bienes (generalmente inmuebles, piso en propiedad). Cambios de testamento forzados con intimidación, acoso, engaño.

- Fraudes y timos típicos de falsos revisores de servicios (agua, luz, etc.) por falsas revisiones.

- En residencias: Que aprovechando que no tiene familiares cerca le pasan por el banco la cuota del mes varias veces o le cobran servicios no demandados

- Pago por adelantado de varios meses o años, con un piso o unos ahorros, tras comerse la residencia el valor del piso, que posiblemente, entregó el anciano engañado o demenciado.

5. **Maltrato sexual:** aspecto poco tratado y conocido por el pudor de personas mayores y por la vergüenza que causa a la familia Suelen ser tocamientos, contactos íntimos no consentidos o realizados con demenciados, forzados, engañados.

2. PERFILES DE MALTRATADOR-MALTRATADO

Las mujeres son con más frecuencia maltratadas porque son más longevas, de carácter o educación más sumisa, con pensiones mas bajas, etc.

El maltratador suele ser su cuidador principal (normalmente también mujeres) salvo en los abusos económicos, donde son los hombres más proclives.

Los familiares con más riesgo de hacer maltrato son aquellos donde hay poco espacio vital para vivir, donde se consume drogas, hay desavenencias graves familiares, enfermos mentales severos o graves, dependientes de la pensión del anciano como principal ingreso familiar, muchos no comprenden las necesidades del anciano y les parece normal el trato "inhumano" que dan a su ser querido (marido, hermano, padre).

Detención del Maltrato

Es difícil detectar los malos tratos porque muchas veces permanecen ocultos. Un paso para esta detección es admitir que se pueden dar malos tratos por parte de cualquier agente que esté en contacto con la persona mayor.

Los Servicios Sociales, ante las denuncias de posible maltrato, deberían visitar al anciano en su domicilio y comprobar su estado, aislamiento, limpieza, nutrición, medicación, etc.

En las Residencias Geriátricas se empieza a aplicar el questionario de satisfacción del cliente (anciano o familiar) que es esencial para descubrir las carencias en el servicio geriátrico.

Hay un mini cuestionario, utilizado por la Canadar Test Force, que puede servir de referencia para interrogar al anciano.

Prevención del Maltrato

Las Asociaciones de Familiares de Residentes para mejorar la atención a los asistidos.

Los Asesores Geriátricos buscan el geriátrico apropiado a cada caso evitando los problemáticos y aconsejando sobre el trato inadecuado, incapacitación legal, etc.

Formación de los cuidadores, familiares, profesionales exigiendo a estos últimos una formación reglada y unas disposiciones apropiadas para el trabajo con personas mayores.

Valoración Geriátrica y en los servicios de Atención Primaria

- Exploración física en profundidad por si hay lesiones motoras, falta de higiene, desnutrición, etc.
- Valoración de la capacidad mental con algún test apropiado.
- Valoración de Depresión, Demencia, Aislamiento, etc.
- Valoración de la incapacidad física para la vida diaria.
- Asociaciones de familiares residentes.
- Asociación Geriátrica.
- Grupos de autoayuda.
- Equipos de Atención Primaria.

Se debe sensibilizar a la sociedad sobre este problema real, evitando la ocultación de prácticas abusivas de los cuidadores y con castigos reales para los infractores. Haciendo campaña de concienciación y educación en los medios de comunicación.

Los **mayores** deben fomentar los lazos familiares con hermanos, hijos, nietos o sobrinos y a la vez buscar la independencia mientras puedan, mejorando su vivienda.

La sociedad debe denunciar el posible maltrato (aunque sea casi imposible probarlo), como se denuncia la falta de socorro, ante un herido o accidente.

La Administración por su parte debe ejercer más control a través de:

- Los Servicios Sociales.
- Los médicos de familia.
- Las Urgencias médicas.
- Los inspectores de residencias vigilando las faltas.
- Los legisladores creando leyes de protección, prevención y amparo de los ancianos dependientes.
- Los jueces acelerando las incapacitaciones.

Crear un Código de Buenas Prácticas para cuidadores, tanto familiares como en centros geriátricos.

En el maltrato pueden coincidir maltratador con cuidador, única persona que le vincula con el exterior o su familia produciéndose en muchos casos el síndrome de Estocolmo.

La opinión de las personas en residencias son a menudo ocultadas por la opinión de los familiares que con buena voluntad han confiado en las instituciones, sin tener en cuenta que la manera de tratar bien a una persona no es interpretada igual por la familia que por el residente.

Las personas mayores son muy vulnerables en el abuso de autoridad como tomar decisiones por la persona interesada cuando ésta puede decidir por sí misma.

Nuestra experiencia nos hace destacar como maltrato:

No respetar los gustos en cuanto comida, vestido, compañía de otra persona.

Se les vulnera su juicio crítico para poder decir si están enfermos o tienen problemas de relación diciéndoles que está en su cabeza.

Forzarles a actuar rápido, con prisa para que los cuidadores acaben pronto la tarea. Limitarle al uso de una sola pieza para no manchar el resto del edificio.

Con frecuencia hay personas que hablan alto o dan gritos repetidos dejándolas aislados en la habitación, privados de toda estimulación auditiva, visual, olfativa, táctil.

Otra práctica habitual en residencias es el cambio de habitación sin consultar con la persona, ni con la familia, ni advertirles, encontrándose el mayor con la sorpresa de cambio de habitación cuando va a acostarse.

Otra práctica habitual es instalar en la misma habitación a una persona válida consciente y orientada con otra persona que esta demenciada o tiene heridas que tienen mal olor, o esta muy deteriorada o inválida.

El maltrato verbal con amenaza o chantaje, provocando el miedo, amenazándolos con aislarlos, agredir verbalmente, intimidarla, o tratarla como a un niño.

No tener en cuenta los gustos sobre el vestir, obligándoles a vestirse siempre de chándal, evitando ponerles faldas o pantalones de su gusto. (Malestar por ponerle zapatos o ropa muy ajustada o de otra persona)

Otro abuso son los robos en instituciones, por otros residentes, empleados, o familiares del propio residente o de otros residentes, estos pequeños hurtos pueden ser de poco valor económico, pero irremplazable para la persona que lo ha sufrido porque tenía un gran valor sentimental y de recuerdos.

Otras modalidades de abuso económico son el cargo abusivo de servicios no realizados o que entran dentro del precio de la estancia (medicinas subvencionadas, podólogo, peluquería no demandada etc.)

Amenazarles con echarle del establecimiento a los tres días si nos les pagan más y hacen otro contrato. Si no les dejan la herencia o no venden las propiedades.

Las personas con demencia son más propensas a recibir maltratos en la alimentación, forzarle a comer mas rápido no respetando su ritmo, darle siempre puré para no tardar y no partirle los alimentos, preparación de purés con las sobras de los días anteriores a veces en mal estado, darle a comer con la misma cuchara o jeringa.

En cuanto a los cuidados médicos, enfermeros, hay una vulnerabilidad de la intimidad en los cuidados del cuerpo. Cambios excesivos del personal cuidador para hacer la higiene del residente. Negligencia en no dar calmantes para los dolores. No dar cuidados de primera necesidad, ni cuidar sus prótesis, audífonos, dentaduras postizas. No escuchar ni prestar atención haciéndoles sentirse invisibles ante los ojos de los demás.

Causar sufrimientos psicológicos al mayor o a sus familias con palabras o comentarios hirientes o irónicos (caso hace una semana de la dueña de una residencia que llamó a un familiar para decirle que su madre se había muerto por haberla sacado de su residencia).

Daños físicos inflingidos deliberadamente como bofetadas, pellizcos, empujones para que caminen rápido, malestar y dolor causado por zapatos o vestidos muy cerrados.

Muchos de los ancianos con alzhéimer o demencia senil son atados al sillón por el día y a la cama por la noche para que no caminen sin control por la residencia, así se evitan una vigilancia o reformas en el edificio ya que la mayoría de las residencias no están diseñadas para que los enfermos de alzhéimer o cualquier otra demencia puedan moverse libremente sin peligro para ellos o para sus compañeros, como pueden ser circuitos cerrados con puertas de pánico. Esta inmovilización forzada da todo tipo de problemas, deterioro más rápido del intelecto aumentando su desorientación temporo-espacial, un deterioro de su sistema músculo esquelético convirtiéndoles en inválidos forzados por el mínimo ejercicio físico. Esta inmovilidad lleva a otros problemas como aparición de escaras por presión, problemas circulatorios en las extremidades (trombos, flebitis), aparición de la incontinencia poniendo pañales para evitar llevarlos al WC etc., disminuyendo su calidad de vida.

La falta de vigilancia o protección de los residentes es muy grave cuando se trata de abusos sexuales. Estos abusos se contemplan en tocamientos, relaciones íntimas, comentarios o bromas de mal gusto sobre el tema. Este es un tema del que nadie quiere hablar porque así piensan que no existe en las instituciones y se mira a otro lado porque piensan que a esta edad no puede causar problemas, pero en realidad la persona agredida siente vergüenza y

culpabilidad por el hecho, a pesar de estar demenciada, de tener un bagaje ético-moral muy interiorizado, las personas reaccionan con agresividad si no pueden o no saben expresarse, que la familia interpreta como una evolución de la enfermedad sin buscar otras causas. Si la persona logra comunicar sus miedos y los abusos los familiares no dan crédito a sus palabras porque al haber confiado en la institución piensan que esta protege a su familiar, o la vergüenza y no querer someter al anciano/a a más presión prefieren acallararlo y no denunciarlo.

El maltrato en las malas condiciones del entorno con calefacción insuficiente, encendiendo sólo por la tarde a última hora cuando van los familiares de visita, o encenderla sólo los meses de invierno sin tener en cuenta las temperaturas del exterior. No cuidando la ropa que se les pone de abrigo o de verano según las temperaturas, muchos están en manga corta cuando llega de repente el frío y no se les pone una chaqueta por no buscarla o porque no es día de cambio de ropa, lo mismo sucede en verano.

Supresión o desplazamiento de objetos personales sin su consentimiento con la excusa de que tarda mucho en limpiar el polvo, o está viejo, esto ocurre mucho con la ropa de las personas mayores (pantalones, blusas, faldas) que se les retira sin consultarles ni a ellos ni a sus familias.

Los factores que influyen en el maltrato en instituciones son:

- Carga excesiva de trabajo para ahorro de personal.
- Cuidador mal preparado.
- Cuidador al que no le guste su trabajo.
- Establecimientos que no reúnen las condiciones para albergar a personas con enfermedades de demencia senil.

Los factores que mejorarían la situación de maltrato:

- Preparación de personal especializado para la tarea de cuidar a personas mayores.
- Disminución de carga de trabajo y especialización de tareas, el cuidador no puede también ocuparse de la cocina o de limpiar en centros grandes o medianos.

Consejos para evitar el maltrato en el domicilio

Familias:

- No tener a sus padres a meses, (anciano golondrina), sino a trimestres o semestres.
- En caso de que tus hermanos hayan ingresado a tu padre y/o madre en un geriátrico y no sepas dónde está, denunciar por secuestro.
- Si no te dejan ver al familiar en el geriátrico, denunciar por secuestro.
- Si tus hijos no quieren saber nada de ti, es mejor gastarse los bienes en vez de dejarles en herencia.
- Si te sientes maltratado por parte de hijo/a hazlo constar en el testamento y no les dejes la legítima.
- Si necesitas ayuda económica para ir al geriátrico y tu hijo/a no te ayuda aunque puede, pide al juez la "ayuda para alimentos" al igual que para los niños hacen sus padres.
- Si tu padre necesita tutor no elijas personas muy mayores o problemáticas.
- Si su padre malgasta dinero sin control solicita incapacitación legal al juez.
- Si sospechas que tu vecino sufre maltrato ponlo en conocimiento de los servicios sociales de base.
- No socorrer al que sufre es como ver a un accidentado y no socorrerle, (castigo).

Contratación de ayuda a domicilio:

- Busca referencias y referente si contratas por libre, sin conocer a quién se mete en casa. Asegurarse de que tiene referencias de la parroquia, Cruz Roja, Asociación de Emigrantes etc.

- Asegurarse de que entiende lo que se habla, puede que diga a todo que sí y no enterarse, de que hizo un curso apropiado a sus tareas y cómo tratar las urgencias.
- No tener cosas de valor y dinero para evitar los robos y timos.

Ventajas de las empresas de ayuda a domicilio:

- Hacen selección de las candidatas a cuidadora. Si falla te mandan otra.
- Se les puede pedir responsabilidades, son profesionales.
- Dan factura.
- Aseguran a las empleadas y son eficaces.

Desventajas de las empresas de ayuda a domicilio:

- Son más caras en euros pero más baratas en sorpresas desagradables.

ELECCIÓN DE RESIDENCIA GERIÁTRICA

- Dejarse aconsejar por los asesores geriátricos y pedirles responsabilidad.
- Visita de las más cercanas al domicilio del familiar que va a visitarle con más frecuencia y controlar transporte ya que el tiempo tiene gran valor.
- Si el anciano puede opinar llevarle en las visitas incluso unos meses antes de sus necesidades, visitando a sus amigos.
- No visites lo que no puedes pagar. Son más caras las residencias más céntricas, grandes y nuevas, lo que no quiere decir que sean las mejores.
- Comprobar que pagas un servicio geriátrico serio y no por la fachada, el renombre, el envoltorio del producto.
- Las residencias más pequeñas 20-50 plazas son más familiares, y el servicio suele ser mejor (hay menos denuncias).
- Pagar siempre por banco, si el anciano fallece o se cambia de residencia dando 15 días de aviso no olvidar pedir la fianza que se dio en un principio, no pagar servicios no demandados, que consulten antes de prestarlos.
- Comprobar que el centro tiene personas similares a su familiar (válidos o asistidos) dementes o no, hombres y/o mujeres.
- Escuchar cómo tratan lo/as empleado/as a los residentes, respeto, cariño, sin desprecios.
- Comprueba el número de empleados de atención directa en cada turno. En las grandes hay más desatención.
- Según zona, salud y economía elige el centro más apropiado.
- Si tiene una pensión baja y sin ahorros, el piso en propiedad es un capital importante. Si los hijos lo heredan ellos te ayudarán.
- Si vendes el piso, puedes elegir una renta vitalicia, según el valor de tasación del piso, edad y sexo, si continúan viviendo dentro del piso o fuera.
- Cuidado con los créditos no bancarios y las hipotecas inversas, pueden convertirse en atracos legales con intereses altos que los ancianos no pueden pagar y así se quedan con sus propiedades.
- El timo de la inmobiliaria es muy frecuente, les prometen vender el piso por el precio acordado, pero dejan el piso sin vender para que les apremie venderle y obligarle a hacer un nuevo contrato con subida de comisión.
- No pagar nunca varios meses por adelantado a la residencia, comprueba la c/c y no pagues recibos de más, devolverlos al banco y denunciarlo.
- Utiliza las hojas de reclamación.

MALTRATO EN EL HOSPITAL

Más notable aún es el maltrato en el hospital, muy a menudo silenciado por la familia por miedo a ver al enfermo sufrir sus consecuencias en los cuidados posteriores.

Un enfermo de alzhéimer si está en una residencia, a veces es llevado al hospital sin acompañante, como un paquete de giro postal, sin la historia clínica puesta al día por el médico de la residencia, cuando llega al hospital es abandonado en un pasillo de urgencias y pueden pasarse varias horas sin ocuparse de él, o si se ocupan es para ponerle medicación para que no moleste. Sin contarle los exámenes que el médico manda realizar, sin relación a la causa de su hospitalización por falta de información.

En alimentación es notable que un enfermo que no tiene la capacidad de alimentarse por sí mismo, le ponen la comida en la mesa y una hora después es retirada sin que el enfermo haya tomado nada por estar solo.

En urgencias los pacientes que no pueden comer solos simplemente no se les da de comer porque es un servicio de urgencias y comer no es urgente, pudiendo pasar varios días sin comer en la sala de observación hasta que le dan el alta o una cama en planta.

El encarnizamiento terapéutico realizado en los mayores es más frecuente de lo que pensamos, hacerles análisis, pruebas de diagnóstico que cuya finalidad no es buscar diagnóstico ni mejorar la calidad de vida sino un estudio de la evolución de la enfermedad que deteriora rápidamente su estado mental y físico. Pudiendo causar grave perjuicio a la salud. A esto se une la mala información sobre los consentimientos informados.

Discriminación de cuidados por la edad y el estado mental del enfermo, si se llama a la ambulancia preguntan la edad del enfermo y si mentalmente está bien para enviar una ambulancia u otra sin tener en cuenta la gravedad de la enfermedad. Lo mismo pasa cuando consideran que no se pueden utilizar tratamientos curativos sino sólo paliativos cuando la enfermedad puede ser tratada pero no es rentable.

En las hospitalizaciones largas el 70% salen con escaras por hacerle los cambios posturales, debido a la inmovilización al sillón o a la cama, si andaba se convierte en una persona inválida, si era continente, se le pone pañal para que no molesten y se le transforma en incontinentes.

PONENCIAS: MALTRATO EN EL COLECTIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ENFERMOS MENTALES

PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Abelardo Rodríguez González

Subdirección Gral. de Asistencia Técnica y Coordinación para personas con discapacidad.
Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de Madrid

INTRODUCCIÓN

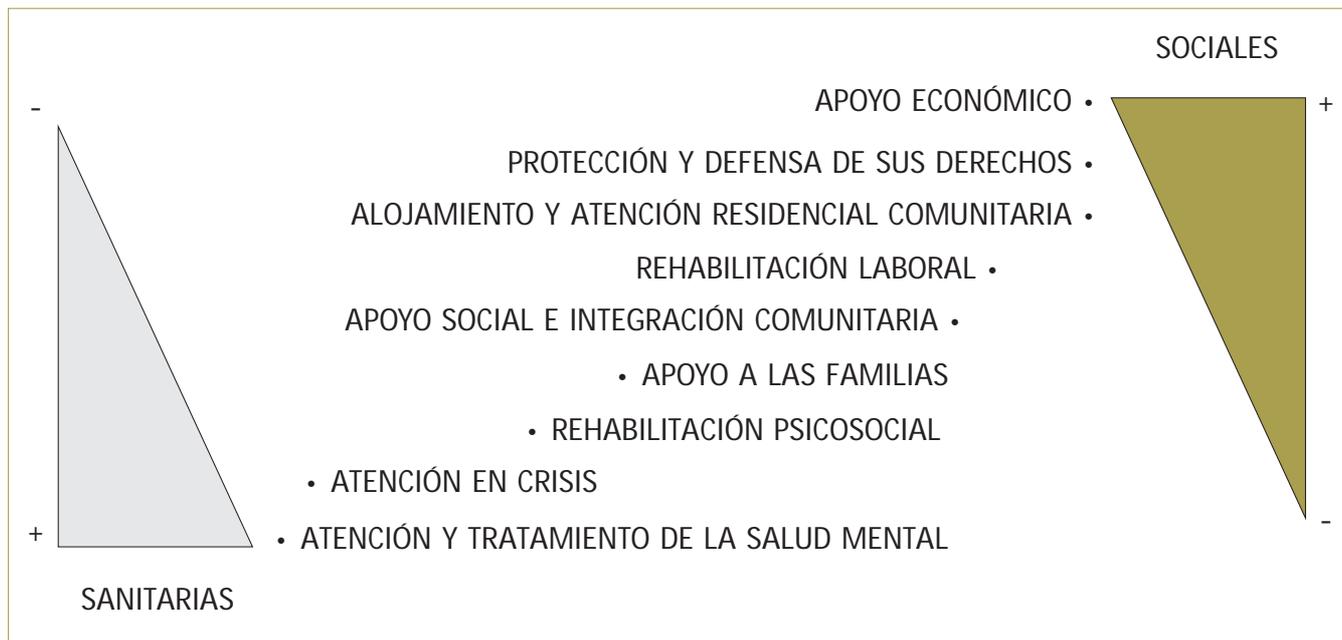
Definición de la Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica:

- *Carácter de la definición:*
 - Convencional/no conceptual.
 - Descriptiva y operativa.
- *Dimensiones:*
 - Diagnóstico: Trastorno mental grave (Psicosis).
 - Discapacidad: Disfunción moderada o severa del funcionamiento global. Pérdida o deterioro de habilidades personales y sociales.
 - Duración: Larga (crónica). Mas de 2 años de tratamiento.

Discapacidad: dificultades en el funcionamiento psicosocial y social

- *Autocuidados.*
- *Autonomía.*
- *Autocontrol.*
- *Relaciones interpersonales.*
- *Ocio y tiempo libre.*
- *Funcionamiento cognitivo.*
- *Funcionamiento laboral.*

NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y CRÓNICO



La importancia de una adecuada atención psicosocial y social

- Muchas de las problemáticas y necesidades se expresan en dimensiones psicosociales y sociales (pérdida de autonomía, dificultades de funcionamiento, discapacidad psicosocial, pérdida de redes sociales, dificultades de inserción laboral, problemas familiares, aislamiento, riesgo de marginación).
- Impacto negativo y muy importante en la calidad de vida y en la participación social.
- Escasa valoración y precaria atención a estas necesidades. Modelo comunitario pero centrado en la atención a la crisis y la sintomatología y no en la mejora del funcionamiento y el apoyo al mantenimiento.
- Escaso desarrollo de recursos de apoyo en este ámbito de la atención psicosocial y social.
- La adecuada atención psicosocial y social es una pieza esencial para una adecuada atención integral a esta población y a sus familias.

Ley General de Sanidad (1986) Capítulo tercero, art. 20 de la salud mental

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de *rehabilitación y reinserción social* necesarios para una adecuada *atención integral* a los problemas del enfermo mental, buscando la *necesaria coordinación con los servicios sociales*.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en **coordinación con los servicios sociales**, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Modelo de atención integral en la Comunidad

- **INTEGRAL**
- **COMUNITARIO**
- **COORDINACION ENTRE LA RED SANITARIA Y SOCIAL**
- **TRABAJO EN RED**
- **CONTINUIDAD DE CUIDADOS**
- **INDIVIDUALIZACIÓN**
- **ORIENTACIÓN DE REHABILITACIÓN EN TODA LA RED DE ATENCIÓN**
- **FILOSOFÍA Y ESTILO DE ATENCIÓN BASADA EN LOS PRINCIPIOS DE INTEGRACIÓN, NORMALIZACIÓN, INDIVIDUALIZACIÓN, AUTONOMÍA Y APOYO SOCIAL**
- **PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA COMUNIDAD**
- **PROMOCIÓN DE LA RECUPERACIÓN**
- **ATENCIÓN Y APOYO A LAS FAMILIAS**

ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA Y MALTRATO: FACTORES, RIESGOS E IMPLICACIONES

Factores para riesgo de situaciones de maltrato

- **VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL:** Las *discapacidades y deterioro de habilidades* asociado o generado por el trastorno psiquiátrico, genera problemas de autonomía personal y de funcionamiento que dificultan el desempeño de roles sociales y la integración comunitaria.
- **ATENCIÓN PRECARIA:** Los aún *insuficientes y limitados esfuerzos de los sistemas de servicios de salud mental y servicios sociales* para ofrecer una adecuada red de servicios que aseguren una atención integral.
- **ESTIGMA SOCIAL Y RECHAZO:** La *discriminación y el estigma* asociado a la enfermedad mental constituyen también barreras sociales que dificultan y limitan las opciones de integración disponibles para estas personas y aumentan el riesgo de exclusión y maltrato.
- **POBREZA:** Los *insuficientes ingresos económicos* de gran parte de estas personas y la situación de pobreza de algunos de ellos, constituye otra barrera importante.
- **INVISIBILIDAD SOCIAL Y ESCASEZ DE REDES DE APOYO SOCIAL:** A todos estos factores hay que añadir otro elemento esencial que se relaciona con *la invisibilidad social, la falta de redes sociales de apoyo, etc*

Dimensiones en el maltrato

- **Dimensión Individual:** aislamiento, discapacidad psicosocial, minusvaloración y sentimiento de inutilidad, violencia personal y/o familiar, despersonalización.
- **Dimensión social:** Desempleo, pobreza, marginación, estigma y rechazo, dependencia psicosocial...
- **Dimensión como colectivo:** Psiquiatrización, Exclusión de los sistemas de atención, Estandarización, etc.

El estigma como principal factor de riesgo

- ESTEREOTIPOS. (peligrosidad, violencia, impredecibilidad, desconfianza, etc.)
- ACTITUDES. (miedo, alejamiento, rechazo emocional, etc.)
- COMPORTAMIENTOS. (discriminación, alejamiento, etc.)

Principios básicos ante el riesgo de maltrato

- DERECHOS HUMANOS Y JUSTICIA.
- ATENCIÓN INTEGRAL Y OPORTUNIDADES DE INTEGRACIÓN.
- RESPETO, INDIVIDUALIZACIÓN Y NORMALIZACIÓN.

Prevención de situaciones de maltrato

- Priorización social y política del colectivo de personas con enfermedad mental grave y crónica.
- Es esencial promover y completar la organización de un sistema de atención integral, coordinado y suficiente de servicios, recursos y programas que aseguren la adecuada atención, rehabilitación y apoyo a la integración social de las personas con enfermedades mentales graves y crónicas y apoyar a sus familias. Desde una lógica de cooperación y complementariedad entre el sistema sanitario de salud mental y el sistema de servicios sociales.
- Programas activos y continuados de lucha contra el estigma: información, sensibilización, visibilización de la realidad y capacidades del colectivo.
- Personalización y contextualización social versus psiquiatrización simplona.

La Atención integral a las problemáticas sanitarias y sociales de las personas con enfermedad mental grave y crónica requiere de la coordinación y complementariedad del sistema sanitario (salud mental) y del sistema de servicios sociales

El papel de los servicios sociales en la atención comunitaria:

Procurar dar respuesta a las necesidades sociales y psicosociales apoyando los procesos rehabilitadores, evitando situaciones de marginación, deterioro y exclusión y apoyando el mantenimiento y la integración en la sociedad.

Los servicios sociales son básicos para avanzar en el desarrollo de redes de soporte comunitario:

- Desde los *servicios sociales generales*.
- Desde los *servicios sociales especializados* mediante el desarrollo de recursos y programas de apoyo a la rehabilitación psicosocial y laboral, atención residencial y apoyo social y soporte comunitario.

Atención social comunitaria: principales ámbitos de intervención psicosocial y social

- **Apoyo a la Rehabilitación psicosocial** (recuperación de la máxima autonomía personal y social) y apoyo a la Integración social.
- **Apoyo y soporte social.**
- **Atención residencial:** alternativas residenciales comunitarias.
- **Rehabilitación laboral** y apoyo a la inserción y mantenimiento en el mundo del trabajo.
- **Apoyo social, asesoramiento y educación a las familias.**

ATENCIÓN SOCIAL COMUNITARIA: ámbitos de intervención y tipología de centros y recursos

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y SOCIAL	TIPO DE CENTROS Y RECURSOS
<i>Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial, soporte social e integración comunitaria</i>	- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) - Centros de Día de Soporte Social (CD)
<i>Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Integración en el mundo laboral</i>	- Centros de Rehabilitación Laboral - Programas de apoyo a la inserción Laboral
<i>Atención Residencial Comunitaria</i>	- Residencias comunitarias con supervisión 24 horas. - Pisos supervisados - Plazas en Pensiones - Apoyo al mantenimiento en la propia vivienda
<i>Apoyo a las Familias</i>	- Información y orientación a las familias - Programas de Psicoeducación de familias - Apoyo al movimiento asociativo

PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA

Presentación de la experiencia del plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007)

3 AÑOS TRABAJANDO POR LA MEJORA DE LA ATENCIÓN Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA Y APOYANDO A SUS FAMILIAS

1.- PRESENTACIÓN GENERAL DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL

La adecuada atención integral a las distintas necesidades de las personas con enfermedad mental grave y crónica exige una red de dispositivos tanto sanitarios como sociales que han de trabajar de modo complementario para atender en cada momento las distintas problemáticas sanitarias y sociales que, en los distintos momentos de su evolución presentan las personas con enfermedad mental grave y crónica y que también han de ofrecer apoyo a sus familias.

En la Comunidad de Madrid la atención se asienta en esta lógica de coordinación y complementariedad entre recursos sanitarios y sociales:

- La Consejería de Sanidad a través de su Plan de Salud Mental 2003-2008 es la responsable de la red de recursos sanitarios (Servicios de Salud Mental de distrito, Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización, etc.)

La responsabilidad de la atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica y la coordinación de la atención en los distintos dispositivos, se asienta en los Servicios de Salud Mental de cada distrito que son los responsables de:

- Diagnóstico, tratamiento psiquiátrico y seguimiento.
- Derivación a los distintos recursos específicos sanitarios y/o sociales que en cada momento se necesiten:
 - Sanitarios (Hospital de Día, Unidades de Media Estancia, etc.)
 - Sociales (Red de recursos del Plan de Atención Social: Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Laboral, Residencias, Pisos supervisados, etc.)
- Coordinación y seguimiento individualizado.

- La Consejería de Familia y Asuntos Sociales es la responsable del desarrollo de la red de recursos de atención social que sirven de complemento de la atención sanitaria desde la red de Servicios de Salud Mental. La Consejería de Familia y Asuntos Sociales viene desarrollando la red de recursos de atención social que ha alcanzado un gran impulso tras la aprobación en mayo de 2003 del *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*.

El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y crónica 2003-2007, aprobado el 8 de Mayo de 2003 por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, supone el compromiso decidido del Gobierno de la Comunidad de Madrid, a través de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la mejora de la atención social y la integración de los enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias, comprometiendo los esfuerzos financieros necesarios que garanticen el cumplimiento de los objetivos previstos.

Se dirige a la población adulta (entre 18 y 65 años) con enfermedad mental grave y crónica que incluye a aquellas personas con trastornos mentales graves y crónicos (como esquizofrenia, otras psicosis, y otros trastornos mentales graves) que a consecuencia de los mismos presentan un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial, dificultades para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social y laboral). Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desborda el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas (especialmente, psicosis esquizofrénicas) presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social (desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo y estigma, falta de vivienda, etc.) sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas. Ello hace imprescindible a la hora de organizar la atención comunitaria a esta población no solo atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de deterioro y marginación y procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Por ello es esencial la coordinación y complementariedad entre el sistema sanitario de salud mental y el sistema de servicios sociales para una adecuada atención integral a las necesidades socio-sanitarias de esta población. En la Comunidad de Madrid toda la red de centros y recursos del Plan de Atención Social que impulsa la Consejería de Familia y Asuntos Sociales trabaja en estrecha coordinación con la red de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo, como responsables de la atención psiquiátrica, rehabilitación y seguimiento de los enfermos mentales crónicos y que constituyen el canal de derivación de usuarios a los recursos de atención social dependientes del Plan.

De acuerdo a estudios epidemiológicos internacionales se estima que la tasa de personas que podrían ser incluidas en la categoría de personas con trastornos mentales graves y crónicos se sitúa en torno al 0,3 % de la población general. Aplicando esta tasa en la Comunidad de Madrid tendríamos potencialmente en torno a 16.000 personas que se podrían incluir en la categoría de personas con trastornos mentales graves y crónicos, de las que al menos el 40% (en torno a unos 6.500) serían las que podrían presentar mayores necesidades de apoyo y atención social y pueden necesitar en algún momento el apoyo de alguno de los recursos o programas de atención social incluidos en el presente Plan y por tanto este es el objetivo de cobertura que se busca alcanzar.

OBJETIVO PRINCIPAL del PLAN:

La mejora de la atención social a las personas con enfermedad mental y a sus familias para favorecer y apoyar su rehabilitación e integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.

ESTRATEGIAS DEL PLAN:

I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL

La red de recursos o dispositivos sociales específicos del Plan está compuesta por: Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Día de Soporte Social (CD), Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y alternativas residenciales comunitarias que incluyen Residencias, Pisos supervisados y Plazas supervisadas en Pensiones. Asimismo se desarrollan Equipos de Apoyo Social Comunitario para ofrecer atención social en el domicilio y apoyo comunitario a las personas con enfermedad mental crónica con mayores dificultades y se potenciará la atención social a personas sin hogar enfermas mentales mediante la ampliación y renovación en su diseño del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar.

Dentro de la red de recursos, el Plan incluyó 2 nuevos dispositivos que hasta ese momento no se habían desarrollado: Los *Centros de Día de soporte social (CD)* y el desarrollo de *Equipos de Apoyo social comunitario (EASC)*. Ambos permiten completar la red de recursos ya establecidos (CRPS, CRL, Residencias, Pisos, etc.) reforzando las actuaciones de soporte social y apoyo al mantenimiento en el domicilio y en el entorno comunitario, en especial de aquellos usuarios con mayores dificultades de funcionamiento e integración.

La meta esencial es ampliar la red de recursos de atención social. Este crecimiento permitirá también un acercamiento y una mejor distribución territorial de los recursos que estarán más cercanos a los usuarios potenciales que los necesiten y facilitarán el trabajo de integración en el entorno comunitario de las personas atendidas. El objetivo fundamental del Plan es **triplicar el número de plazas y recursos de atención social, pasando de unas 1.269 plazas en Mayo de 2003 a más de 4.350/4.400 plazas en diciembre del 2007** (Con lo que en 2007 se podrían atender aproximadamente a unos 6.000/ 6.500 usuarios que son los que más necesidades sociales de apoyo presentarían y que eran el objetivo de cobertura básico del Plan, alcanzar al menos al 40% de la población de enfermos mentales graves y crónicos).

OBJETIVOS DE COBERTURA DEL PLAN 2003-2007

CENTRO / RECURSO	Ratio Mínima Plazas x 100.000 hab.	Nº Total de Plazas Mínimas necesarias en la Comunidad de Madrid	Nº Total de Centros Necesarios en la Comunidad de Madrid
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	30 plazas	1750 plazas	22 CRPS (80 pl c/u)
Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)	15 plazas	750 plazas	22 CD (30/35 pl c/u)
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)	15 plazas	750 plazas	15 CRL (50pl c/u)
MiniResidencias (MR)	15 plazas	750 plazas	25/30 MR (25/30 pl c/u)
Pisos supervisados	6 plazas	300 plazas	60/70 Pisos (4/5 pl c/u)
Pensiones supervisadas	1 plazas	50 plazas	50 plazas en Pensiones
TOTAL	82 plazas de atención social x 100.000 hab.	4.350 plazas aprox	

II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

Esta estrategia se plantea mejorar y potenciar el apoyo a las familias que cuidan y conviven con las personas con enfermedad mental grave y crónica. Así como profundizar en la coordinación con el movimiento de asociaciones de familiares de enfermos mentales agrupados en la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) que representa a 22 Asociaciones de familiares con más de 2.000 familias, e incrementar el apoyo económico mediante el incremento anual de las convocatorias de subvenciones que permitan que las distintas asociaciones se consoliden y avancen en el desarrollo de programas y servicios de apoyo que complementen a la red pública de recursos.

III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL

En esta tercera estrategia se agrupan distintos programas que tienen como elemento común profundizar y extender los mecanismos de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social. Así como desarrollar programas de lucha contra el estigma.

2.- BALANCE GLOBAL DE 3 AÑOS DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL

3 AÑOS TRABAJANDO POR LA MEJORA DE LA ATENCIÓN Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA Y APOYANDO A SUS FAMILIAS.

3 AÑOS DE CRECIMIENTO:

- Desde la aprobación e inicio del Plan en mayo de 2003 hasta el final del año 2005 se han duplicado las plazas de la red de atención social a personas con enfermedad mental crónica. En mayo de 2003 la red contaba con 1.269 y a final del 2005 contará con un total de 2.568 plazas, por tanto se han creado en este periodo 1.299 plazas nuevas, lo que supone en dos años un incremento de más del 100% en las plazas disponibles. Para el final del año 2006 se prevé un crecimiento de 1.666 nuevas plazas previstas lo que supone un 64% de incremento respecto al final del año 2005. Con ello se alcanzaría una red a final del 2006 con un total de 4.234 plazas distribuidas en un total de 3.544 plazas en centros, más 23 EASC con 690 usuarios.

Así pues al final del año 2006, en tres años de desarrollo, se alcanzaría el 86% del objetivo mínimo de plazas marcado por el Plan para el final del 2007.

Evolución Crecimiento plazas en centros y recursos del Plan

MAYO 2003 Inicio Plan	Final 2003	2004	2005	2006	2007
1.269 plazas	Total: 1.654 plazas	Total: 2.166 plazas final 2004	Total: 2.568 plazas a final 2005	Previsión 2006 4.234 plazas a final de 2006	Previsión 2007 Total aprox. Final 2007 Red de Centros y recursos 4.800/4.850 plazas aprox.
	385 plazas nuevas creadas en nov/dic. de 2003	512 plazas nuevas creadas a final de 2004	402 nuevas plazas creadas a final de 2005	1.666 nuevas plazas previstas crear a final de 2006	
	30% incremento respecto a mayo 2003	30% incremento respecto a dic. 2003	18 % incremento previsto respecto a dic. 2004	64% incremento respecto a 2005	

La previsión es continuar esta línea de crecimiento hasta alcanzar en el año 2007 un total de 4.400 plazas aproximadamente. Este crecimiento permite también un *acercamiento y una mejor distribución territorial de los recursos que podrán estar más cercanos a los usuarios potenciales* que los necesiten y facilitarán el trabajo de integración en el entorno comunitario de las personas atendidas.

- Paralelamente al crecimiento de la red de centros, ha habido un consecuente crecimiento en el presupuesto aplicado:

Evolución Presupuesto del Plan

2003	2004	2005	2006	2007
9.553.827 €	14.234.581 € 45% de incremento respecto al 2003	22.500.000 € 54% incremento respecto a 2004	29.500.000 € 31% incremento respecto a 2005	Previsión 2007 48.500.000 € 66% incremento respecto a 2006

MÁS ATENCIÓN, MÁS INTEGRACIÓN:

- Se han atendido cada año a cada vez más usuarios, 1.907 fueron atendidos en 2003, 2.398 en 2004 y a 2.916 en el pasado año 2005. Cada vez más personas con enfermedad mental están recibiendo apoyo social que permite que mejoren su autonomía personal y su inserción social, favorecen la normalización y la integración y participación activa de los enfermos mentales en la sociedad, facilitan la inserción laboral, etc. Y cada año más familias están recibiendo asesoramiento, apoyo y servicios que permiten mejorar la convivencia y alivian la sobrecarga familiar.

Evolución USUARIOS ATENDIDOS del Plan

2003	2004	2005	2006	2007
1.907	2.398 25% de incremento respecto al 2003	2.916 21% incremento respecto a 2004	PREVISION DE 3.500 USUARIOS ATENDIDOS EN 2006	Previsión 2007 6.000 USUARIOS

- Mediante una red de centros de atención social amplia y diversificada que permite atender las distintas problemáticas psicosociales y sociales de esta población y apoyar a sus familias. Una red profesionalizada con más de 500 profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores/educadores, maestros de taller, preparadores laborales, etc.) que ofrecen una intervención de calidad comprometida con las metodologías de atención psicosocial, laboral y social más eficaces.

- Y trabajando en estrecha coordinación y complementariedad con la red sanitaria de salud mental para asegurar una atención integral sociosanitaria a esta población.

En los cuadros que se incluyen al final del documento como anexos se sintetiza el crecimiento experimentado desde 2003 por el Plan de Atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica tanto en plazas como en presupuesto. Así como otros cuadros con información sobre la red de recursos del Plan.

3.- PRINCIPALES ACTUACIONES DESARROLLADAS EN EL AÑO 2005 Y 2006

A continuación sintetizaremos las principales actuaciones que se han desarrollado en el año 2005 y las que se están llevando a cabo en el presente año 2006 en el marco de los objetivos del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica:

3.1. Creación de nuevos Centros y Recursos:

AÑO 2005

Siguiendo la línea de crecimiento de recursos de dicho PLAN se han puesto en marcha en Diciembre de 2005 nuevos recursos sociales de apoyo para personas enfermas mentales crónicas.

Dichos recursos son los siguientes:

- **5 nuevos Centros de Día de soporte social (CD) con un total de 170 plazas:**

CD "ALCALA DE HENARES" (30 pl), CD "COLLADO-VILLABA" (30 pl), CD "GETAFE" (30 pl), CD "USERA" (30 pl) y CD "MADRID/ARTURO SORIA" (50 pl)

- **5 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC 30 pl c/u) con un total de 150 plazas.** EASC "ALCALA DE HENARES" (30 pl), EASC "COLLADO-VILLABA" (30 pl), EASC "GETAFE" (30 pl), EASC "USERA" (30 pl) y EASC " VALLECAS MADRID" (30 pl)

- **2 nuevas Residencias (MR) con un total de 57 nuevas plazas:**

MR "PEDREZUELA" de 30 plazas y MR "ARTURO SORIA" de 27 plazas

- **7 nuevos PISOS SUPERVISADOS (PS) con un total de 25 nuevas plazas que se distribuyen en: 2 Pisos (8 pl) en Área 5 vinculados a las nueva MR "Pedrezuela", 2 Pisos (8 pl) en Madrid vinculados a la nueva MR "Arturo Soria" y 3 Pisos (9 pl) en Usera.**

TOTAL: 402 NUEVAS PLAZAS A FINAL DE 2005 EN 19 NUEVOS CENTROS Y RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL

Este crecimiento de 402 nuevas plazas a final del 2005 supone un 18% de incremento respecto al final del 2004 en que se disponían de 2.166 plazas.

Con la puesta en marcha de estas nuevas 402 plazas la red del Plan alcanzó a **final del 2005 un total de 2.568 plazas** que se distribuyen en los siguientes tipos de centros:

- 14 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con 1.140 plazas
 - 11 Centros de Día (CD) con 340 plazas
 - 8 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) con 390 plazas
 - 14 Residencias con 353 plazas
 - 26 Pisos supervisados con 104 plazas
 - 11 Plazas en Pensiones
 - 5 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC, 30 c/u) con 150 plazas
 - Proyecto Rehab. e Inserción social de enfermos mentales sin hogar (80 plazas en total) (Equipos apoyo en San Isidro y atención rehab. calle y 5 pisos (21 pl.)
- TOTAL: 2.568 plazas a final de 2005**

Así pues la red alcanzó a final del 2005 más de la mitad del objetivo final propuesto como meta para el periodo de vigencia del Plan que concluye en diciembre del 2007. Así a final del 2007 el Plan preveía alcanzar una red de centros con unas 4.350/4.400 plazas a las que habría que añadir los 15 EASC que atenderían a 450 usuarios, por lo que la red del Plan a final de 2007 debería contar con un total de unas 4.850 plazas, dado que en el final del 2005 se cuenta con un total de 2.568 plazas esto supone que **en dos años se ha alcanzado ya el 53% del objetivo de plazas marcado para el final del 2007.**

AÑO 2006

Para este año 2006 la previsión de crecimiento es muy importante con 1.636 nuevas plazas en centros y recursos que se prevé poner en marcha a final del año 2006. Estos nuevos centros y recursos son los siguientes:

- **5 nuevos CRPS con 300 pl aprox.** (CRPS Alcorcón 60 pl, CRPS Móstoles (60 pl), CRPS Villaverde 60 pl, CRPS Las Rozas/Majadahonda 60 pl y CRPS Vallecas Villa 60 pl).
- **11 nuevos CD con 370 plazas aprox.** (CD Fuenlabrada (30 pl), CD "Vallecas" (50 pl), -CD "Villaverde" (50 pl), CD "Latina" (30 pl), CD "Arganzuela" (30 pl), CD "Centro" (30 pl), CD "Parla" (30 pl), CD "Moncloa-Aravaca" (30 pl), CD "Ciudad Lineal" (30 pl), CD "Chamberí" (30 pl) y CD "Vallecas Villa" (30 pl.))
- **6 nuevos CRL con 290 plazas aprox.** (CRL en Fuenlabrada (50 pl), CRL en Alcorcón (40 pl), CRL "Collado Villalba/Area 6" (50 pl), CRL "Vallecas Villa" (50 pl), CRL "Móstoles" (50 pl) y CRL "Villaverde" (50 pl))
- **18 nuevos EASC (30 usuarios c/u) con un total de 540 usuarios.**
- **2 nuevas Residencias con 62 plazas aprox.** (MR de 32 pl en Parla y MR Area 8 de 30 pl)
- **13 nuevos Pisos (52 pl)**
- 11 nuevas Plazas en Pensiones
- Centro de Atención Baja exigencia (Centro de Día (30 pl) Y Residencia (11 pl) para enfermos mentales en situación de marginación y grave exclusión social.)

Total previsión 2006:
1.666 plazas:
(1.126 nuevas plazas en Centros previstas
crear al final de 2006 + 18 EASC (540 usuarios)

Con ello se alcanzaría una red a final del 2006 con un total de 4.234 plazas distribuidas en un total de 3.544 plazas en centros más 23 EASC con 690 usuarios. Este crecimiento de 1.666 nuevas plazas previstas para final del año 2006 supone un 64% de incremento respecto al final del año 2005.

Así pues al final del año 2006, en tres años de desarrollo, se alcanzaría el 86% del objetivo mínimo de plazas marcado por el Plan para el final del 2007.

3.2. Innovación en Recursos en 2005 y 2006:

3.2.1. EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO

El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica estableció la necesidad de desarrollar *Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)* que complementen la atención prestada en la red de centros y que permitan ofrecer atención domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental crónica con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario. Con ello se complementa la atención de los demás centros y recursos de atención social a personas con enfermedad mental crónica dependientes del citado Plan. Cada EASC esta formado por 1 Trabajador social, 1 Psicólogo y 2 Educadores y su capacidad de atención se sitúa en unos 30 usuarios.

El Plan se marcó como objetivo, a lo largo del periodo de vigencia del mismo, ir avanzando en el progresivo desarrollo de EASC. Comenzando por la implantación en 2005 de al menos 4 EASC en distintas zonas de la Comunidad de Madrid en el horizonte de intentar contar a final del 2007 con unos 15 EASC en funcionamiento. **En diciembre del año 2005 se pusieron en marcha los primeros 5 equipos**, de ellos 3 en municipios metropolitanos: Getafe, Alcalá de Henares y Collado Villalba; y los otros dos en Madrid Ciudad (Usera y Puente de Vallecas).

En este año 2006 se prevé a final del año la puesta en marcha 18 nuevos EASC en distintas zonas. Con ello se alcanzará al final del año 2006 un total de 23 EASC con un total de 690 plazas. Con ello se supera ya en 2006 la previsión mínima que en el Plan se planteaba llegar en el 2007 al poder contar con 15 EASC.

Los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) constituyen un nuevo e innovador recurso del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica que se configuran como un equipo social multiprofesional que trabajarán integrados en los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental desde una lógica de estrecha integración, coordinación, complementariedad y trabajo en red, para servir a los siguientes objetivos generales:

- Apoyar el mantenimiento en el propio domicilio y en el entorno socio comunitario y familiar en las mejores condiciones posibles.
- Promover el desarrollo de capacidades de autonomía personal, social y de manejo comunitario que faciliten la mejora de la situación y calidad de vida de los usuarios en su propio domicilio y en su entorno.
- Evitar situaciones de marginación y abandono.
- Apoyar la utilización de recursos.
- Apoyar para mejorar la convivencia familiar y aliviar situaciones de sobrecarga de las familias.
- Colaborar en el acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales.

Los EASC se prevé que cubran una demanda hasta ahora no adecuadamente atendida y muy reclamada por las familias y los recursos, y que tengan un importante impacto no sólo en la atención directa a las personas con enfermedad mental y sus familias, sino también en otros aspectos de relevancia como los siguientes:

- Prevenirán y ayudarán a solventar situaciones de conflicto por las dificultades que en ocasiones tienen las familias para afrontar la convivencia familiar.
- El trabajo de apoyo en el propio medio comunitario contribuirá a una mayor sensibilización social al contar con mayor información y apoyo en el conocimiento y convivencia con el usuario con enfermedad mental.
- Se abarcará en la atención a un mayor nº de personas y familias. Asimismo para algunos de estos usuarios este apoyo desde los EASC será definitivo y fundamental para conseguir su adecuado enganche a la red de recursos de salud mental y de atención social, lo que a su vez reportará beneficios a las familias y a su entorno comunitario.

Asimismo indicar que para el próximo año 2007 se prevé seguir incrementando el nº de EASC para intentar alcanzar a final del 2007 un total de 30 EASC lo que supondría poder contar con el doble de EASC de los inicialmente previstos (15).

3.2.2. MEJORANDO LA ATENCIÓN SOCIAL ESPECIALIZADA Y EL APOYO A LA REINSERCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y MARGINACIÓN SIN HOGAR

Asimismo también merece ser destacado la ampliación y reforzamiento de la atención social a las personas con enfermedad mental grave que están en situación de grave exclusión y marginación sin hogar. Uno de los objetivos específicos planteados en el marco de Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, era la mejora y potenciación de la atención social y el apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica.

En esta línea, se planteó la necesidad de la reformulación y adecuación del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Sin Hogar (proyecto PRISEMI) para, aprovechando su experiencia y potenciando su labor de atención a enfermos mentales sin hogar, ampliarla a un mayor número de personas, y en especial, a los enfermos mentales crónicos que viven en las calles, trabajando en coordinación y sirviendo de apoyo a los recursos y programas que intervienen en la atención a personas sin hogar y en especial al equipo de atención psiquiátrica de calle.

Igualmente, se planteó la necesidad de crear un Centro de Acogida y Atención de baja exigencia que ofrezca los servicios básicos de alojamiento y apoyo residencial, así como programas de día de mejora del funcionamiento y apoyo a la reinserción a este colectivo de enfermos mentales crónicos que viven en la calle, y que sirva de estructura puente y apoyo al enganche de estas personas para su acercamiento a la red y mejora de su calidad de vida.

La reformulación y ampliación del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Sin Hogar (proyecto PRISEMI) se realizó en junio del año 2005 y para final de este año 2006 se prevé la puesta en marcha de la segunda actuación:

Año 2005: Reformulación y ampliación del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Sin Hogar (proyecto PRISEMI)

Desde junio de 2005 se ha duplicado la plantilla, se han ampliado las funciones y actividades y se ha aumentado la atención que se venían desarrollando desde el Proyecto de Rehabilitación e Inserción social de enfermos mentales sin hogar.

Esta ampliación supuso el siguiente incremento de personal:

DOTACIÓN PREVIA	AMPLIACIÓN JUNIO 2005	DOTACIÓN FINAL PROYECTO
1 coordinador		1 coordinador
1 psicólogo	1 psicóloga	2 psicólogos
6 educadores	6 educadores	12 educadores
	1 trabajadora social	1 trabajadora social

Esta ampliación ha permitido, desde la coordinación con Salud Mental y Ayuntamiento de Madrid reforzar la atención social a los enfermos mentales sin hogar en 3 grandes áreas:

1.- Refuerzo y potenciación de los procesos de rehabilitación y reinserción social de enfermos mentales atendidos en el Centro de Acogida San Isidro(CASI):

Para lo que se dispone de un psicólogo y 4 educadores que trabajan con enfermos mentales sin hogar acogidos en el CASI.

2.- Mejorar la supervisión y apoyo a pisos del proyecto que gestionará un total de 5 pisos específicos (21 plazas) para apoyo a la reinserción de enfermos mentales crónicos que hayan salido del centro de Acogida San Isidro.

Se han aumentado en 6 (de 15 a 21 pl) las plazas de pisos para posibilitar la salida del CASI y los procesos de reinserción. Para ello se disponen de 5 pisos y de un equipo específico de apoyo formado por 4 educadores y el apoyo de una psicóloga.

3.- Reforzar el acompañamiento social y apoyo al trabajo de calle del Equipo de Atención Psiquiátrica de Calle dependiente de la Oficina de Coordinación de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo y apoyo a recursos de baja exigencia.

Para reforzar la atención social especializada y el acompañamiento social se ha dotado con 4 educadores, 1 trabajador social y apoyo de psicóloga para complementar la atención que presta el equipo de atención psiquiátrica de calle dependiente de salud mental. Con ello se refuerza el apoyo en la calle y en recursos de baja exigencia y se aumentan las posibilidades de rehabilitación y reinserción de este grupo de enfermos mentales más desfavorecidos y marginados.

Esta ampliación es una muestra y un ejemplo de coordinación, complementariedad y trabajo en red para reforzar la ayuda a los más excluidos y desfavorecidos.

Año 2006: Puesta en marcha del Centro de Atención de Baja Exigencia como recurso de apoyo para facilitar la atención y reinserción de enfermos mentales en situación de exclusión y marginación sin hogar.

Pues bien a final de este año 2006 se pondrá en marcha la segunda de las actuaciones previstas en este área: la puesta en marcha de un Centro de Atención Social específico de apoyo a este colectivo. Para ello mediante un concierto con una entidad sin ánimo de lucro (Cáritas Madrid) con una gran experiencia en la atención a colectivos en exclusión social y marginados sin hogar, en unos espacios situados en la C/ Santa Hortensia, se pondrán en marcha una Residencia de 11 plazas y un Centro de Día de 30 plazas.

Ambos recursos trabajarán de un modo coordinado y complementario para conformar y organizar lo que en el Plan se denominó Centro de Atención de Baja Exigencia como recurso de apoyo para facilitar la atención y reinserción de enfermos mentales en situación de exclusión y marginación sin hogar.

Ambos recursos funcionarán de acuerdo al diseño y modelo de funcionamiento de MiniResidencia y de Centro de Día de soporte social que el Plan tiene establecido, pero con los ajustes y especificidades necesarias para adaptarse a las circunstancias de este colectivo de enfermos mentales en situación de grave marginación sin hogar y especialmente de los más necesitados por estar malviviendo en las calles.

La derivación y acceso a estos recursos se hará desde el Equipo de Atención Psiquiátrica de Calle o, en su caso, desde el programa de continuidad de cuidados del Servicio de Salud Mental responsable del tratamiento del caso. Los usuarios tendrán el siguiente perfil:

- Adultos de ambos sexos entre 18 y 65 años.
- Con un diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica (esquizofrenia y otras psicosis).
- Estar atendido y en tratamiento psiquiátrico por el Equipo de Atención Psiquiátrica de calle de la Consejería de Sanidad.
- Presentar dificultades de funcionamiento psicosocial y de integración y estar en una situación de grave marginación sin hogar y exclusión social. Se prioriza a aquellos que están malviviendo en la calle o utilizando recursos básicos de baja exigencia de la red municipal de atención a personas sin hogar.

Estos recursos se dirigen al grupo de personas con enfermedad mental grave y crónica que se encuentran en una grave situación de marginación sin hogar y exclusión, y lo que buscan es ofrecer una oferta de servicios básicos de alojamiento, manutención, cuidado y programas de atención psicosocial y social que permita el desarrollo de itinerarios de reinserción social.

Asimismo estos recursos se organizan como estructura puente que facilite la vinculación con la red normalizada de recursos, tanto de atención en salud mental como de atención social. Aunque la duración de la atención será flexible se buscará, a medida que la situación de la persona lo posibilite, su vinculación con algún Servicio de Salud Mental de distrito y por tanto su acceso los recursos de atención social de nuestro Plan de Atención social de referencia para dicho distrito (sea plazas de residencia, centro de día, CRPS, pisos, etc.).

3.3. Apoyo a la Familias y Movimiento Asociativo:

Con la ampliación de la red de centros y recursos se está ampliando el apoyo a las familias y aliviando la sobrecarga familiar. Desde los CRPS y los CD se trabaja específicamente con las familias a las que se les ofrecen programas de psicoeducación y actividades de asesoramiento y apoyo; y desde las Residencias se están ofreciendo estancias cortas y transitorias con una función básica de descanso familiar y apoyo al mantenimiento en el entorno familiar. Asimismo la puesta en marcha de EASC permite ampliar las posibilidades de apoyo al entorno familiar en el que viven los usuarios.

Por otro lado se sigue trabajando en el apoyo al movimiento asociativo de familiares:

Año 2005

- Se han **subvencionado con 600.000 € a 22 entidades asociativas para el mantenimiento de 40 actuaciones** distribuidas en 14 centros (pisos protegidos y centros de día), 21 servicios (información y orientación, apoyo,

etc.) y 5 programas (respiro familiar, ciclos de conferencias, actividades ocupacionales, psicoeducación de familias). Habiéndose atendido a todas las solicitudes presentadas.

- Asimismo en este 2005 en el apartado de **subvenciones de inversiones** se han subvencionando con **180.000 € a 21 entidades con un total de 46 subvenciones concedidas** de las que 10 corresponden a obras de reforma y 36 a adquisición y mejora de equipamiento.

En este año 2006 se ha continuado esta línea de apoyo con el movimiento asociativo:

- **600.000 € en la Convocatoria 2006 de subvenciones de mantenimiento a Asociaciones de Familiares de enfermos mentales de la Comunidad de Madrid.** En este año 2006 se han concedido subvenciones a un **total de 27 entidades asociativas para el mantenimiento de 40 actuaciones** distribuidas en 12 centros (pisos protegidos y centros de día), 24 servicios (información y orientación, apoyo, etc.) y 4 programas (respiro familiar, ciclos de conferencias, actividades ocupacionales, psicoeducación de familias).
- **180.000 € en la Convocatoria 2006 de subvenciones de Inversiones de reforma y equipamiento para Asociaciones de Familiares de enfermos mentales de la Comunidad de Madrid.**

De igual modo se ha trabajado en colaboración con la Federación FEMASAM que agrupa a las **Asociaciones de familiares de enfermos mentales de la Comunidad de Madrid**. En esta línea se ha colaborado y cofinanciado las siguientes acciones promovidas por FEMASAM en el marco de los actos del Día Mundial de la Salud Mental correspondiente al pasado año 2005. El objetivo de estas actuaciones es común a FEMASAM y a la Consejería y tratan de promover la sensibilización de la sociedad y la normalización de las personas con enfermedad mental crónica. Son tareas difíciles y fundamentales en las que la Consejería y FEMASAM vienen trabajando juntos para luchar contra el estigma y abrir puertas a la integración y la normalización:

- Exposición de Pintura realizadas por enfermos mentales bajo el título "Evidencias 05" Muestra de Pintura Pro Salud Mental. Celebrada en la Casa Encendida de la Obra Social de Caja Madrid entre los días 27 de septiembre y 2 de octubre de 2005.

Se prevé continuar en esta línea de colaboración en este año 2006.

3.4. Acciones de formación para profesionales:

La calidad es un objetivo transversal a aplicar no sólo en la red de centros sino en cuantas actuaciones se desarrollen en relación a las personas con enfermedad mental desde todos los ámbitos. Uno de los puntales de la calidad es poder contar con profesionales con la mejor formación posible. En este sentido desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales procuramos promover actividades de formación que finalmente redunden en una mejor atención, actualizando conocimientos, poniendo al día estrategias y técnicas de intervención y ayudando a afrontar los cambios que surgen en los perfiles y necesidades de las poblaciones que atendemos.

Las acciones desarrolladas en este ámbito en los años 2005 y 2006 han sido las siguientes:

Año 2005: Se han llevado a cabo varias acciones de formación específica sobre este campo de la atención social comunitaria de las personas con enfermedad mental grave y crónica, y especialmente se destacan las siguientes:

- ***Curso de Formación "Atención social y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica"***

Con una duración total de 54 horas, entre el 10 y el 30 de junio del 2005 se organizó este curso en colaboración con el Centro de Formación en Servicios Sociales dependiente de la Consejería. A este curso **acudieron 30 alumnos** de los cuales la mitad eran profesionales de la red de recursos del Plan y los restantes de Asociaciones de Familiares, Servicios Sociales generales municipales y Servicios de Salud Mental.

Este tipo de curso se organiza todos los años como formación general sobre este campo de la atención social al enfermo mental.

- *Programa de asesoramiento técnico y formación práctica para los profesionales que trabajan en las Residencias del Plan.*

Debido a la mayor complejidad de los usuarios atendidos en las Residencias del Plan y el aumento de las dificultades de manejo de algunos perfiles de usuarios, se ha hecho necesario desarrollar un programa específico de asesoramiento y formación práctica específica que se ha venido realizando en las distintas Residencias. Así se han realizado talleres de formación en cada residencia, ajustándose a las dificultades y necesidades de cada una de las residencias. Se han realizado más de 30 talleres de formación práctica con los profesionales de todas las Residencias y sobre todo con los monitores/ educadores a fin de mejorar sus habilidades de manejo. **En dichos talleres han participado y recibido formación práctica y asesoramiento más de 100 profesionales de las Residencias.**

- *Elaboración del Cuaderno Técnico sobre "Atención residencial y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: recursos residenciales y programas básicos de intervención".*

Para su publicación en la Colección de Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, se ha estado elaborando durante el año 2005 un **manual práctico sobre atención residencial y apoyo al alojamiento.**

Con este trabajo sobre Atención residencial, que se prevé se pueda publicar a lo largo del año del 2006, se completa la serie iniciada con los otros 2 manuales ya publicados en la citada colección con los nº 14 (Rehabilitación Laboral, publicado en 2001) y nº 17 (Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario, publicado en 2002).

Estas publicaciones únicas en su estilo en el país, vienen siendo un referente de gran utilidad no solo para los profesionales de la Comunidad de Madrid sino que se han convertido en un referente para los profesionales de estos campos en las demás Comunidades Autónomas.

Estos cuadernos se caracterizan por ser **manuales muy prácticos** elaborados por los equipos de profesionales que trabajan en el día a día de la atención en estos ámbitos, y en los que se exponen los componentes metodológicos y las principales intervenciones a desarrollar en los principales recursos que viene desarrollando el citado Plan. Este trabajo se dirige a todos aquellos profesionales y recursos tanto públicos como de la iniciativa social que, en nuestra Comunidad de Madrid y en el resto del Estado, trabajan o que están interesados en la atención social y en el apoyo a la integración comunitaria de las personas con enfermedad mental grave y crónica.

Año 2006: Durante este año 2006 se han ampliado las acciones de formación específica sobre este campo de la atención social comunitaria de las personas con enfermedad mental grave y crónica, y especialmente se destacan las siguientes:

- *Curso de Formación "Atención social y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica".*

Este año 2006 se ha hecho una nueva edición de este curso de formación general en atención social. Con una duración total de 54 horas, se ha celebrado entre el 22 de mayo y el 8 de junio del 2006, y como todos los años se organizó en colaboración con el Centro de Formación en Servicios Sociales dependiente de la Consejería. A este curso **acudieron 30 alumnos** de los cuales más de la mitad eran profesionales de la red de recursos del Plan y los restantes de Asociaciones de Familiares, Servicios Sociales generales municipales y Servicios de Salud Mental.

Como decíamos, este curso se organiza todos los años como formación general sobre este campo de la atención social al enfermo mental.

Asimismo en este año 2006 además de este curso general, se han organizado dos cursos específicos de carácter monográfico, también en colaboración con el Centro de Formación en Servicios Sociales "Beatriz Galindo" dependiente de la Consejería:

- Curso Monográfico de Formación "Atención residencial de personas con enfermedad mental crónica".

Este curso de carácter monográfico y una duración de 20 horas se desarrolló entre el 12 y el 15 de junio de 2006. Para este curso hubo más de 80 solicitudes y al final accedieron un total de **40 alumnos**, la mayoría profesionales de la red de centros residenciales de nuestro Plan de Atención social y el resto profesionales de Asociaciones de Familiares, Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales Generales.

- Curso Monográfico de Formación "Psicoeducación, asesoramiento y apoyo a Familias de personas con enfermedad mental crónica".

Este curso de carácter monográfico y una duración de 20 horas se prevé se realice entre el 18 y el 21 de septiembre de 2006. Este curso tendrá un máximo de **30 alumnos**, y se dirige a todos aquellos profesionales interesados en la mejora de la atención y apoyo a las familias desde profesionales de la red de centros de nuestro Plan de Atención social así como a profesionales de Asociaciones de Familiares, Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales Generales.

- Programa de asesoramiento técnico y formación práctica para los profesionales que trabajan en las Residencias del Plan.

En este año 2006 se está continuando esta actuación específica de asesoramiento, formación y apoyo a los equipos de profesionales de la Residencias.

Debido a la mayor complejidad de los usuarios atendidos en las Residencias del Plan y el aumento de las dificultades de manejo de algunos perfiles de usuarios, se ha hecho necesario continuar el desarrollo de un programa específico de asesoramiento y formación práctica específica que se ha venido realizando en las distintas Residencias. Así en este año 2006 se están realizando talleres de formación en cada residencia, ajustándose a las dificultades y necesidades de cada una de ellas. Se prevén realizar unos 30 talleres de formación práctica con los profesionales de todas las Residencias y sobre todo con los monitores/educadores a fin de mejorar sus habilidades de manejo.

- Publicación del Cuaderno Técnico sobre "Atención residencial y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: recursos residenciales y programas básicos de intervención".

Para su publicación en la Colección de Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, se ha estado elaborando durante el año 2005 un manual práctico sobre atención residencial y apoyo al alojamiento.

Un vez terminado ha sido ya remitido para su oportuna publicación en el último trimestre del año 2006 dentro de la Serie "Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales" que edita la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

3.5. Acciones de Investigación social

El Plan se ha propuesto realizar distintas investigaciones sociales relacionadas con este campo de la problemática psicosocial y social y de la integración de las personas con enfermedad mental grave y crónica así como de su adecuada intervención y atención. A tal fin y en el marco de Convenios de colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, se están desarrollando distintas líneas de investigación social:

- **Diseño y/o adaptación del instrumento de evaluación de resultados de la intervención en los dominios de la Calidad de Vida y valoración del Funcionamiento psicosocial en la red de Centros de Atención Social del Plan (CRPS, CD, CRL y Residencias).** Se han seleccionado varias escalas de uso internacional para su implantación en los centros a partir del 2006 y que permitan obtener indicadores globales que sirvan de evaluación global de los centros en cuanto a su impacto en la mejora de la calidad de vida y de la autonomía y funcionamiento de los usuarios atendidos.

- **Planificación y desarrollo de un Estudio de Evaluación de necesidades de usuarios y familiares** en relación al ámbito de la atención social y la integración social y laboral. Se está terminando de elaborar el informe de conclusiones de los resultados de esta investigación mediante el uso de distintos cuestionarios y en especial la escala de evaluación de necesidades Camberwel sobre una muestra de usuarios y de familiares de la red de recursos del Plan.
- **Investigación sobre el Estigma Social y la Enfermedad mental** (cofinanciada por Obra Social de Caja Madrid). Esta investigación se desarrolló durante el año 2005 y sus resultados se presentaron públicamente el pasado 28 de marzo del 2006 en la Casa Encendida de Obra Social de Caja Madrid, y servirán de base para la planificación de medidas específicas de sensibilización social y lucha contra el estigma, para su organización y ejecución en los años 2006 y 2007.

En esta línea se ha encargado al equipo de la UCM que realizó dicha investigación que desarrolle para este año 2006 una propuesta práctica de actuaciones a desarrollar en la lucha contra el estigma. Para ello analizarán las distintas experiencias y programas de lucha contra el estigma desarrollados en distintos países (EEUU, Reino Unido, Australia, etc.) así como recabarán la opinión y las propuestas de los profesionales de salud mental y atención social que trabajan en este campo en la Comunidad de Madrid, así como las opiniones y planteamientos desde el movimiento asociativo, etc.

4.-RESUMEN GLOBAL: Balance y Oportunidades del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003-2007).

El Plan supone por tanto una oportunidad excelente para avanzar sustancialmente en la mejora de la calidad de vida y las expectativas de integración y participación social de este colectivo de enfermos mentales crónicos y de sus familias. ***Su desarrollo y alto grado de cumplimiento suponen muchas ventajas y beneficios para esta población*** y para, en coordinación y complementariedad con el sistema sanitario de salud mental, promover una adecuada atención sociosanitaria a sus necesidades y las de sus familias. Entre otras quisiéramos resaltar las siguientes:

- **Supondrá triplicar el número de plazas y recursos de atención social a este colectivo, pasando de 1.269 plazas en Mayo de 2003 a más de 4.300 en diciembre del 2007.** Si en el año 2003 se han atendido en la red de centros y recursos a un total de 1.907 usuarios, en el año 2004 se atendieron a 2.398 usuarios, y en el año 2005 se atendieron a 2.916 usuarios, para el año 2007 se podrían atender a un número de usuarios que se estima en torno a más de 6.000 usuarios que podrían recibir atención en alguno de los recursos de atención social del Plan.

- Desde el inicio del Plan en mayo de 2003 hasta el final del 2005, el Plan ha puesto en marcha 1.299 nuevas plazas, pasando la red de 1.269 plazas en mayo de 2003 a un total de 2.568 plazas a final del 2005. Para este año 2006 se prevé la puesta en marcha de 1.666 nuevas plazas, lo que supone un crecimiento del 64% respecto al 2005. A final del 2006 la red de recursos se prevé que alcance un total de 4.234 plazas que supone un 86% del objetivo mínimo de plazas que el Plan se había marcado alcanzar a final del 2007, que eran unas 4.400 plazas en centros más unos 450 usuarios en EASC (4.850 pl en total). Para el año 2007 se prevé continuar el incremento de plazas y recursos que permitan llegar a final del 2007 con unas 5.400/5.500 plazas en total, lo que supondría superar en unas 600 plazas el objetivo marcado en el Plan para el final del 2007.

- Este crecimiento en la red de centros y recursos esta permitiendo también un **acercamiento y una mejor distribución territorial de los recursos que podrán estar más cercanos a los usuarios potenciales** que los necesiten y facilitando por tanto el trabajo de integración en el entorno comunitario de las personas atendidas.

- Con los distintos tipos de centros y recursos de atención social previsto se organiza una red coherente de recursos que permitirá atender las distintas problemáticas psicosociales y sociales de esta población y apoyar a sus familias.

- La ampliación de la red de recursos sociales de atención diurna y residencial esta proporcionando un importante apoyo a las familias aliviando las situaciones de sobrecarga que muchas sufren, ofreciéndoles además el asesoramiento y apoyo que necesitan, lo que les afectará positivamente en términos de bienestar y salud.
- Además de la ampliación de la red de centros de atención social y residencial, merece especial mención la puesta en marcha de Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) que viene a complementar la red de centros y a ofrecer atención social en el domicilio y apoyo comunitario. Se ha hecho un gran esfuerzo en esta iniciativa con la puesta en marcha de los 5 primeros EASC a final del 2005 y la previsión de 18 nuevos EASC para finales del 2006. Se prevé llegar a final del 2007 a un mínimo de 30 EASC, que suponen el doble de los inicialmente previstos por el Plan que establecía llegar a 15 a final del 2007.
- La aplicación de programas de intervención psicosocial y social ayuda a las personas con enfermedad mental a conocer y manejar mejor su enfermedad, lo que repercute en una mayor adherencia al tratamiento prescrito por su Servicio de Salud Mental, ayudando a reducir las recaídas e ingresos hospitalarios. Este hecho supone un importante ahorro de recursos para la Consejería de Sanidad y Consumo. Asimismo impulsa y promueve la mejora de las capacidades de las personas afectadas para vivir con mayor autonomía y aumenta su participación en la vida social y laboral.
- Es de resaltar el esfuerzo y los resultados de inserción laboral en el mercado normalizado que se realizan desde los Centros de Rehabilitación Laboral. Como indicador global medio, el 50% de las personas atendidas cada año en los Centros de Rehabilitación Laboral consiguen integrarse en puestos de trabajo normalizados en el mercado de trabajo.
- Pero además de estos beneficios directos, esta red de recursos de atención social genera otros beneficios añadidos con una importante rentabilidad económica y social. El desarrollo de esta red de centros de atención social generan empleo cualificado y estable: en torno a más de 500 profesionales cualificados trabajan en Madrid en la red de centros de Plan; además de todos los usuarios a los que se le apoya para su reinserción laboral y por tanto pasan de ser receptores de ayudas a poder participar y contribuir económicamente a la sociedad reduciendo a la par gastos en Pensiones, contribuyendo además a mejorar la convivencia familiar y social y a mejorar el bienestar tanto de los usuarios como de sus familias y entorno.
- Otro elemento de gran interés del Plan es su compromiso con la Evaluación así como el de reforzar programas de formación de profesionales en colaboración con las Universidades y promover actividades de investigación social sobre las necesidades y la atención social a este colectivo.
- El rechazo social y el estigma negativo que sufre los enfermos mentales es hoy un fenómeno social cada vez más importante y preocupante y es una de las principales barreras que se están elevando y dificultando la participación social y la integración de este colectivo en la sociedad. Además está creando cada vez más obstáculos y dificultades a la hora de ubicar y poner en marcha nuevos recursos de atención que son tan necesarios. Por ello uno de los programas del Plan es el de la Lucha contra el estigma y sensibilización social que prevé articular distintas medidas que permitan mejorar el conocimiento y aceptación social de este colectivo y reducir el estigma y rechazo social que sufren. En el año 2005 se desarrolló en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid una investigación sobre la realidad del estigma y el rechazo social en relación a la enfermedad mental en la Comunidad de Madrid.

En este año 2006 con el apoyo de la UCM se propondrán medidas específicas a desarrollar en la lucha contra este fenómeno del estigma y el rechazo social. Estas medidas se desarrollarán buscando la colaboración y apoyo tanto de la Consejería de Sanidad como responsable de la red de salud mental como del movimiento asociativo de familiares y de las asociaciones de profesionales (AMRP, AMSM, etc.) y Colegios Profesionales y otras entidades sociales relevantes

- Asimismo la experiencia pionera en este campo que se venía teniendo desde 1988 en el desarrollo de recursos de atención social a enfermos mentales se había convertido en un referente para muchas de las Comunidades

Autónomas sirviendo de ejemplo y modelo para el desarrollo de este campo en otras CC.AA. como Cataluña, Valencia, Castilla La Mancha, Cantabria, etc. **Con la aprobación del Plan se ha venido además a reforzar este valor de referente y modelo** para el resto del Estado en la implicación y colaboración desde el sistema de Servicios Sociales en la atención comunitaria a enfermos mentales crónicos desde la coordinación con la red sanitaria.

MALTRATO EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDADES: CARACTERÍSTICAS, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Gonzalo Oliván Gonzalvo
Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón

Introducción: Dentro del contexto general del problema de los malos tratos en los países desarrollados, los campos menos investigados y divulgados son el maltrato durante la etapa de la adolescencia y el maltrato en las personas con discapacidades.

Objetivo: Mejorar el conocimiento sobre las características y los factores de riesgo del maltrato en adolescentes con discapacidades.

Método: Estudio retrospectivo transversal de la experiencia en la Comunidad de Aragón (1992-2005). Los datos epidemiológicos de la casuística estudiada (n = 90) se comparan con los obtenidos, sobre la población general infanto-juvenil maltratada, en el Estudio Epidemiológico del Maltrato Infantil (1997-1998) del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia y en estudios previos elaborados en la Comunidad de Aragón. Se obtuvo información técnica del Servicio de Información sobre Discapacidad.

Resultados:

Características de la víctima y de su familia: Persona mayor de 13 años (73%), sin diferencia por sexo, afectada principalmente de una discapacidad psíquica (79%) de grado leve-moderado (82%), aislada (69%) o asociada a una deficiencia física (10%). El 69% convivía en una familia en la que uno o ambos padres biológicos no estaban presentes. Respecto de la población general infanto-juvenil maltratada, se observó una frecuencia superior de familias monoparentales (1,4 veces), de familias de etnia gitana (2,1 veces) y de familias inmigrantes de origen extranjero (1,2 veces). El 93% de las familias presentaba al menos un factor de vulnerabilidad o de riesgo al maltrato y el 63% presentaba más de uno, frecuencia 1,8 veces superior respecto de la población general infanto-juvenil maltratada.

Características del maltrato y del maltratador: El tipo de maltrato más frecuente fue la negligencia-abandono (63%), pero la frecuencia de los malos tratos físicos y sexuales fue 1,8 veces superior respecto de la población general infanto-juvenil maltratada. Existió maltrato mixto en el 23% de los casos. El principal maltratador fue la madre (75%), seguido por el padre (49%) o ambos (37%). Sin embargo, respecto de la población general infanto-juvenil maltratada, la frecuencia del maltratador fue superior para "otra persona" (18 veces), para la "madre no biológica" (11 veces), para el "padre no biológico" (3 veces) y para "otro familiar" (2 veces). También existió una frecuencia 1,3 veces superior del antecedente de una enfermedad o trastorno mental en el maltratador.

Conclusiones: La discapacidad en sí misma no es un factor de riesgo para ser maltratado, aunque ciertas características individuales del adolescente con discapacidad pueden jugar un papel importante en su desencadenamiento. Los adolescentes con discapacidades psíquicas tienen un riesgo más alto de ser víctimas de todas las formas de maltrato que los adolescentes con otras discapacidades. Los adolescentes con discapacidades menos aparentes y más sutiles tienen mayor riesgo de ser objeto de malos tratos, especialmente físicos y sexuales. Los adolescentes con discapacidades, respecto de la población general infanto-juvenil maltratada, tienen mayor riesgo de ser maltratados por sus padres no biológicos, sus familiares y otras personas de su entorno. La convivencia en una familia no tradicional (monoparental, reconstituida o extensa), de etnia gitana o inmigrante de origen extranjero, así como la presencia de una enfermedad o trastorno mental en alguno de sus miembros, aumenta el riesgo de los adolescentes con discapacidades para sufrir maltrato. Cuantos más factores de riesgo familiares, sociales, sanitarios, culturales y económicos se asocien e interactúen alrededor del adolescente discapacitado, mayor será la posibilidad de maltrato.

CÓDIGO ÉTICO Y COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

BUENAS PRÁCTICAS Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN FEAPS

Ana Carratalá Marco

FEAPS. Confederación Española de Organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual

Las personas con discapacidad intelectual presentan una mayor vulnerabilidad y con frecuencia son víctimas de abusos y maltrato. Desde la antigüedad, las personas con retraso mental han constituido un blanco específico para las prácticas de malos tratos, siendo el ejemplo más extremo el infanticidio sobre los prematuros, débiles, deformes o retrasados que practicaban algunas culturas de la antigüedad, como China, Roma, Grecia o India (Verdugo y Bermejo, 1999).

Desgraciadamente los malos tratos siguen siendo un hecho en nuestros días y las personas con algún tipo de discapacidad son más susceptibles que las que no la tienen de sufrir conductas abusivas. Diversos estudios sobre maltrato encuentran en la discapacidad de las víctimas el factor explicativo y de riesgo de muchas de estas situaciones.

Si bien la infancia es un periodo crítico en la aparición de malos tratos, la vulnerabilidad de la población con discapacidad intelectual no desciende con el paso de los años ya que muchas de las posibles causas que pudieran precipitar los episodios de maltrato en los niños, no desaparecen cuando se hacen mayores.

"El maltrato en personas con discapacidad se relaciona con las demandas excesivas de cuidado físico, las reacciones de cólera, negación y culpa por parte de los padres, las expectativas no realistas alentadas por los profesionales y la lentísima mejoría de algunas personas con discapacidad a lo largo del tiempo..."(Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993)".

Se han encontrado distintas razones que justifican la posición de alto riesgo de maltrato asociada con la presencia de discapacidad. Existen factores de riesgo que están relacionados con la afectación de la persona con discapacidad. Así, las personas con discapacidades más severas pueden encontrarse en una posición de mayor riesgo para el abuso. La presencia de conductas autolesivas o agresivas y la falta de comunicación incrementan este riesgo. (Furey et al, 1999)

Por otro lado, dentro del ámbito familiar se identifican las siguientes situaciones que incrementan el riesgo:

1. El nacimiento de un niño con discapacidad es un duro golpe para las expectativas de los padres que, en caso de no ser superado, puede llevar a situaciones de rechazo afectivo y dificultades en la atención que, en último término, pueden derivar en maltrato físico o desatención severa (Arruabarrena, 1987).
2. La alteración de roles y rutinas familiares que, unido al gran número de adaptaciones que ha de realizar la familia, pueden desbordar la capacidad de los padres para ofrecer unas respuestas adecuadas, en lugar de las cuales pueden aparecer respuestas abusivas.
3. La presencia de un niño con discapacidad puede suponer una alteración de los recursos familiares, lo que incrementa los niveles de estrés.
4. El aislamiento social de la familia y la falta de apego entre la persona con discapacidad y sus padres u otros familiares, originada por los cuidados especiales que con frecuencia requieren, son otros factores que contribuyen al maltrato.
5. Rasgos de personalidad de los cuidadores tales como baja autoestima, impulsividad, la necesidad de ejercer poder sobre otros y el abuso de sustancias están en el origen de muchos malos tratos.
6. La discapacidad en el padre/madre es un factor de riesgo de maltrato.

Pero el maltrato no solo se produce en el ámbito familiar. Según el estudio de Furey et al (1994) el 82 % de todos los casos de abuso y negligencia de adultos con retraso mental se daba en el ámbito institucional. Algunos factores explican este aumento del riesgo:

1. Las personas con discapacidad dependen de otros para su bienestar, confían más en los extraños y se les ha enseñado a obedecer a sus cuidadores.
2. Estructuras administrativas que tienden a ignorar los asuntos relacionados con los abusos, la excesiva burocracia, la frustración del personal, los sistemas de selección que no permiten elegir a las personas más cualificadas, el tipo de contratos y la falta de un entrenamiento del personal adecuado y realista.
3. La definición de los residentes en términos de sus características personales más que por sus condiciones humanas.

La evolución de las organizaciones, la implantación de políticas de calidad, la incorporación de referentes teóricos, como el actual concepto de discapacidad intelectual o el modelo de calidad de vida, así como los principios éticos que sitúan el valor de la persona por encima de cualquier condición que pueda presentar, contribuyen a contrarrestar esta tendencia del incremento del riesgo del maltrato en el ámbito institucional.

Un sistema de opciones residenciales de pequeñas dimensiones e integradas en la comunidad, que puedan ser elegidas en función de las necesidades y expectativas del usuario y no de la disponibilidad de plazas, son primeros pasos que las Administraciones Públicas debieran propiciar para evitar las situaciones de maltrato. Es necesario que, además de que cada persona reciba el apoyo que necesite, se potencien sus relaciones significativas con los vecinos y compañeros. Una red de familia, amigos y apoyos ofrece a las personas con discapacidad intelectual más protección. Cuanta más gente se relacione con la persona con discapacidad intelectual más probable es que se denuncie cualquier sospecha de que esta siendo objeto de abuso o negligencia.

Como contrapartida a esta situación, se ha observado que con la progresiva inclusión social, y a la vista de los datos de otros países, según se normaliza la vida y las relaciones del individuo, según se incrementa su independencia y autodeterminación, también se incrementan las situaciones de riesgo (Verdugo, 2004).

Cuando hablamos de maltrato nos estamos refiriendo tanto al abuso o al abandono como a la negligencia.

La negligencia puede darse a tres niveles: a nivel de microsistema, de forma que la persona no está recibiendo los apoyos que precisa por parte de su cuidador; a nivel de mesosistema, por la incapacidad de las organizaciones para ofrecerle los servicios pertinentes que le protejan del daño o de la carencia de atención; y a un nivel de macrosistema o negligencia de estado, que carece de los organismos necesarios para que se proporcionen los servicios que la persona precisa.

Por otro lado, el maltrato puede ser:

- Por exceso:
 - Sobreprotección
 - Manejo inadecuado
 - Abuso
- Por defecto
 - Apoyos insuficientes o inadecuados
 - Abandono

FEAPS, Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, como conjunto de organizaciones familiares que defienden sus derechos, imparten servicios y son agentes de cambio social, tiene plena conciencia de su papel, no solo en la prevención del maltrato de las personas con discapacidad intelectual, sino en el fomento de su calidad de vida.

La tarea fundamental que debe desarrollar es la de hacer **que las personas tengan vidas mejores, dignas de ser vividas**.

FEAPS integra diversidad de opciones para alcanzar esta finalidad, ya que no existe una sola manera de hacer bien las cosas, siendo necesaria la heterogeneidad que aportan sus distintas entidades miembros.

Pero dentro de esa diversidad, encontramos un denominador común: un **sistema de valores compartido** que da sentido y significado a todas las acciones.

El cumplimiento de su misión, la mejora de la calidad de vida de la persona y su familia, orientada por este marco de valores compartido, teniendo en cuenta la complejidad de la persona y el entorno que la rodea, es la mejor manera de prevenir el maltrato y asegurar que la persona esté libre de cualquier tipo de abuso. No hay calidad de vida si no hay un respeto total por cada una de las personas.

Por ello es preciso “trascender las razones de la razón y situarnos en las razones de la voluntad”, con el fin de generar o modificar conductas. Se trata de pasar al terreno de la praxis, para lo que FEAPS va desarrollando distintas estrategias.

Las políticas o proyectos concretos que ha ido desplegando no podrían entenderse sin un proceso previo de “**culturización**” del conjunto de las entidades que conforman FEAPS. El calado de la concepción de la discapacidad intelectual, la persona con discapacidad intelectual y su familia como centro y valor de referencia, el modelo de calidad de vida, el papel de la familia y un movimiento asociativo que continuamente crea condiciones para no desviarse de la misión que le da sentido, son las claves de la cultura de FEAPS.

El **Plan de Calidad de FEAPS**, aprobado en 1997, ha sido un factor clave para traducir a la práctica los valores que conforman su cultura. Esto se vio reflejado en los 8 Manuales de Buenas Prácticas que se confeccionaron para cada uno de los servicios de las organizaciones de FEAPS y en la potenciación de la realización de Buenas Prácticas en las distintas entidades, que se incrementa año a año, tal como se refleja en los encuentros de Buenas Prácticas FEAPS.

El modelo de calidad FEAPS exige a las organizaciones que evalúen sus servicios teniendo en cuenta no solo criterios de gestión de calidad, sino también evaluando y generando planes de mejora respecto a la calidad de vida de las personas y las familias y a la ética.

El Proyecto Ético nos invita a generar instituciones justas, en las que sea posible la ética, como anhelo de vida realizada con y para los otros (Paul Ricoeur).

La motivación para desarrollar el proyecto ético FEAPS la encuentra en la exigencia de las propias personas con discapacidad, en la exigencia y autoexigencia de los proveedores (instituciones, profesionales, voluntarios y familias) y en la exigencia del entorno.

La misión del proyecto ético es desarrollar y compartir, con participación e implicación, **una cultura ética común** para que sea aplicada, mediante decisiones justas, por las personas y estructuras de FEAPS, a fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y la de sus familias.

Este proyecto contempla la creación de estructuras de defensa a través del **código ético**, que permitan interpretar los valores de FEAPS en principios y normas éticas a fin de que sean de general aplicación en el conjunto asociativo que representa.

El Código de Ética de FEAPS tiene los siguientes objetivos:

1. El Código identifica los valores fundamentales en los que se basa la actividad de las organizaciones de FEAPS.
2. El Código resume los principios éticos generales que reflejan los valores fundamentales de la Misión de FEAPS y establece un conjunto de normas éticas específicas que deben utilizarse como guía para el ejercicio de la actividad.

3. El Código pretende ayudar a los distintos actores que intervienen a identificar las opciones que son relevantes cuando se presentan incertidumbres éticas.
4. El Código proporciona normas éticas por las que el público en general pueda pedir responsabilidades a las personas u organizaciones de FEAPS.
5. El Código ayuda a socializar a los que comienzan a ejercer su actividad a favor de las personas con discapacidad intelectual, en la finalidad, los valores, los principios y las normas éticas.
6. El Código es una palanca para implantar la calidad FEAPS y una fuente de motivación añadida al buen hacer profesional.
7. El Código es un factor clave para consolidar un sentido de pertenencia mucho más profundo y arraigado.
8. El Código es la base sobre la que construir el Comité de Ética a fin de que éste pueda discernir ante casos éticamente problemáticos y seguir reflexionando.

El Código ofrece un conjunto de valores, principios y normas para guiar la adopción de decisiones y la conducta cuando surjan problemas éticos, pero no es un conjunto de reglas que prescriben cómo las personas se deben comportar en todas las situaciones.

El Código, lo que en el fondo pretende es ser un conjunto de razones y motivos que abran horizontes y miradas, descubran anclajes donde se sujeten con confianza nuestras opciones y decisiones. Se trata no sólo de mejorar prácticas sino, sobre todo, de modificar o afianzar actitudes.

El Código se desarrolla con un esquema semejante en tres ámbitos:

La persona con discapacidad intelectual, la familia y la organización.

En los tres ámbitos se han identificado, destilados del catálogo de valores de FEAPS, los **valores éticos** que se han considerado claves y se ha descrito su condición de "éticos" a través de la formulación de los **principios** que les dan contenido.

Posteriormente, en coherencia con esos principios éticos se desarrollan las normas éticas, entendidas como comportamientos positivos a cumplir por tres tipos de actores: **las organizaciones** (entendidas desde la responsabilidad de sus dirigentes), **los profesionales y los familiares**.

Se contempla, desde el nivel de las normas, tanto la ética institucional, como la profesional y la familiar.

Los **VALORES** seleccionados son los siguientes:

Respecto de la PERSONA con discapacidad intelectual

- Dignidad y valor de la persona
- Igualdad

Respecto de la FAMILIA

- Igualdad
- Base de inclusión

Respecto a las ORGANIZACIONES

- Servicio
- Apoyo mutuo

- Reivindicación
- Participación
- Carencia de ánimo de lucro y transparencia en la gestión
- Calidad

Uno de los objetivos del proyecto ético de FEAPS es la creación de un **comité de ética**, que pueda discernir ante casos éticamente problemáticos, tomando como base el código ético.

En el año 2005 se crea el primer comité de ética en FEAPS.

El comité es un órgano colegiado, de naturaleza consultiva, integrado en FEAPS, aunque actúa con absoluta independencia de los órganos ejecutivos y deliberantes de la Confederación al servicio de los principios, misión y valores del Movimiento Asociativo FEAPS, expresados en su código ético.

Es un instrumento al servicio del proyecto ético y, por tanto, un medio más para contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias.

Su **misión** es “Ayudar al Movimiento Asociativo FEAPS, a través de sus actuaciones, a generar comportamientos institucionales, organizativos y personales cada vez más coherentes desde el punto de vista ético y a asumir la responsabilidad de incorporar el debate ético en la resolución de sus conflictos.”

Sus **funciones** son:

1. Emitir dictámenes sobre la conformidad o disconformidad de hechos y actos concretos producidos en el desarrollo del movimiento asociativo con los principios, valores y objetivos de FEAPS y, en especial, con el código ético.
2. Ofrecer orientaciones para tomas de postura y procesos de decisión en los que aparecen dudas o conflictos éticos y elaborar protocolos de actuación ética para las situaciones problemáticas que resulten habituales.
3. Dar valoración a FEAPS sobre su rol en la defensa de derechos de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias y de los principios éticos y sugerir orientaciones relacionadas con su política.
4. Proponer modificaciones para el código ético
5. Presentar a la Junta Directiva propuestas de formación sobre ética que se consideren convenientes

El Comité está integrado por personas expertas externas e internas al Movimiento Asociativo FEAPS, especialmente cualificadas para el ejercicio de las funciones asignadas, procedentes de cualesquiera de los ámbitos de actuación relacionados con la labor de FEAPS: del campo profesional en sus diversas especialidades, de las familias, del grupo del voluntariado, etc. La duración del desempeño será temporalmente limitada en 4 años, con posibilidad de continuar por el mismo periodo. La renovación de los miembros será parcial para garantizar la continuidad.

FEAPS ha hecho una apuesta decidida por la ética para alcanzar su misión. Con ello estamos seguros de poder conseguir los siguientes resultados:

- LAS PERSONAS vivirán mejor.
- LOS PROVEEDORES: los profesionales, los voluntarios y las familias se sentirán mejor, serán mejores y también vivirán mejor.
- EL ENTORNO confiará más y nos legitimará.
- Y tendremos INSTITUCIONES MÁS JUSTAS, en las que no sea posible ninguna forma de maltrato, abuso o negligencia.

BIBLIOGRAFÍA

- AMOR PAN, J., (1995). *Ética y deficiencia mental*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- CORTINA, A. y MARTÍNEZ, E., (1996). *Ética*, Madrid, Akal.
- ETXEBERRIA, X., (2005). *Aproximación ética a la discapacidad*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- ETXEBERRIA, X., (1995). *Ética básica*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- ETXEBERRIA, X., (2002). *Temas básicos de ética*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- FEAPS (2001). *Manuales de Buenas Prácticas*.
- FEAPS (2003). *Caminando hacia la excelencia*.
- FEAPS (2005). *Código Ético*.
- FUREY, E M, NIESSEN, J.J., STRAUCH, J.D. (1999). Abuso y negligencia de adultos con retraso mental en ámbitos residenciales. *Siglo Cero*, Vol 30 (6), Num. 186, Págs 13-19.
- VERDUGO, M.A. y BERMEJO, B. (1999). Qué se sabe del maltrato en la población con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, Vol 30 (6), Num. 186, Págs 5-11.
- VERDUGO, M.A. Verdugo, MA. (2004). Seminario "Violencia de Género y Discapacidades". Vitoria.

MESA REDONDA: DETECCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN MALTRATO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ENFERMOS MENTALES

SERVICIO DE ASESORAMIENTO EN CASOS DE MALOS TRATOS A DISCAPACITADOS

Victoria Barrio

FAMMA-COCEMFE. Federación de Asoc. de disminuidos físicos de la Comunidad de Madrid

1. PRESENTACIÓN DE FAMMA-COCEMFE MADRID

La **Federación de Asociaciones de Minusválidos Físicos y/ u Orgánicos de la Comunidad de Madrid (FAMMA-COCEMFE Madrid)** es una Entidad Sin Ánimo de Lucro, en la que participan como miembros de pleno derecho treinta y nueve asociaciones y entidades cuyo objetivo principal es la atención a personas con discapacidad física y/ u orgánica de la Comunidad de Madrid. Se trata por tanto de una **Organización no Gubernamental** con personalidad propia e independiente de la de sus miembros, con domicilio social en Madrid, C/ Galileo, 69, que extiende su actividad en todo el territorio de la Comunidad de Madrid, desde que se constituyera el 17 de Febrero de 1988. **Declarada de Utilidad Pública**

La **Federación** participa y es miembro de pleno derecho de la Confederación Coordinadora de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE), de la **Mesa por la Accesibilidad de Madrid**, del **Consejo Asesor de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid**, del **Consejo para la Promoción de la Accesibilidad y la Eliminación de Barreras de la Comunidad de Madrid**, de la Federación de Voluntarios de la Comunidad de Madrid (FEVOCAM) y del Comité Entidades de Representantes de Minusválidos (CERMI Comunidad de Madrid), del que es miembro fundador y ostenta la Presidencia desde Junio de 2006.

FAMMA-COCEMFE Madrid, nace con el firme propósito de dar respuesta a las necesidades de agrupar a todas las asociaciones y entidades de minusválidos físicos y/ u orgánicos de la Comunidad de Madrid en una sola entidad que las represente y coordine. Al mismo tiempo se constituye como interlocutor ante las administraciones públicas y la sociedad en general.

Entre los objetivos que conforman el origen de la **Federación** podemos destacar los siguientes:

- La promoción y defensa de las condiciones de vida de las personas con discapacidad física y / u orgánica hasta conseguir su plena integración social, mediante acciones de reivindicación y gestionando actuaciones y servicios encaminados a tal fin, en el convencimiento añadido del papel fundamental que **FAMMA-COCEMFE Madrid**, ha de desempeñar en la construcción y desarrollo de una sociedad más justa, igualitaria, democrática y participativa de las entidades miembros.
- La conquista de una igualdad real para las personas con discapacidad física y/ u orgánica respecto del resto de ciudadanos y la defensa de sus derechos específicos contra toda discriminación.
- Coordinar, potenciar e impulsar los objetivos y actividades de sus entidades miembro.
- Promover el asociacionismo de las personas físicas o jurídicas relacionadas con la discapacidad física y/ u orgánica dentro de la Comunidad de Madrid.

Para alcanzar estos objetivos **FAMMA-Cocemfe Madrid**, articula dentro de la organización y a través de la Comisión Ejecutiva las siguientes áreas:

Áreas de carácter permanente:

- Área de Asuntos Sociales.
- Área de Sanidad.
- Área de Accesibilidad.
- Área de Calidad.
- Área de Participación Asociativa.
- Área de Economía Social, Formación y Empleo.
- Área de Fiscalidad y Pensiones.
- Área de Ocio, Cultura y Tiempo Libre.
- Área de Mujer.

Área con carácter temporal:

- Plan de Acción de la Comunidad de Madrid
- Reglamentos de los Estatutos de FAMMA-COCEMFE Madrid

Los servicios prestados por la **Federación** se estructuran de la siguiente manera:

• Departamento de Asuntos Sociales:

- Información al Discapacitado.
- Orientación Psicológica.
- Asesoría Jurídica.
- **ODAT**: Oficina de Denuncias de Accesibilidad y ayudas técnicas.
- Información a Víctimas de malos Tratos.
- Atención Domiciliaria.
- Programas de Respiro Familiar.
- Programas de Voluntariado.
- Programas de Ocio y Tiempo Libre.

• Departamento de Economía Social, Formación y Empleo.

- Formación ocupacional y Continua.
- Integración Laboral.
- Intermediación Laboral.
- Apoyo y Asesoramiento a empresas del Grupo **FAMMA-COCEMFE Madrid**.
- Asesoramiento a empresas externas.

• Departamento de Administración:

- Gestión de Nóminas y Seguridad social de la Federación
- Gestión de Subvenciones y Justificaciones.
- Gestión Financiera de la Federación.
- Apoyo a empresas del Grupo **FAMMA-COCEMFE Madrid**.

- Planes de Empresas.
- Estudios de rentabilidad de medios.
- **Departamento de Secretaría:**
 - Recepción y atención telefónica.
 - Documentación y gestiones administrativas.
 - Gestiones externas.
 - Transporte Adaptado.
 - Ayudas Técnicas.
- **Departamento Recursos y Proyectos:**
 - Seguimiento de Convocatorias y Subvenciones.
 - Diseño y Elaboración de proyectos.
 - Apoyo Técnico a Entidades.
 - Búsqueda de nuevos recursos y fuentes de financiación de Proyectos y Actividades.
- **Departamento de Comunicación:**
 - Publicaciones (Revista **ACCESIBLE** y Página Web)
 - Relaciones externas.
 - Difusión y Sensibilización.
 - Imagen Corporativa.

2. PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS:

A mediados de Octubre de 2003 se pone en marcha un servicio dedicado a denunciar situaciones de maltrato o abuso entre el colectivo ante la detección de una realidad invisible: "las personas con discapacidad física y/u orgánica, principalmente mujeres son víctimas de situaciones de maltrato en diversos ámbitos: familiar, institucional, sanitario..."

La finalidad del servicio, es servir de orientación en la detección de situaciones de maltrato así como ser un recurso de información y apoyo para la mujer víctima de violencia. Para ello, se pone a disposición un equipo multidisciplinar compuesto por Trabajadores Sociales, Psicólogo y Asesor Jurídico que proporcionarán información, orientación y asesoramiento.

A través de la página web que la Federación dispone, www.famma.org, las personas con discapacidad o aquellas que tengan conocimiento de situaciones de malos tratos, abuso o discriminación, independientemente de su edad, género o la discapacidad que padezcan (física, orgánica, sensorial o intelectual) cuentan con la posibilidad de hacer llegar la denuncia remitiéndola a maltrato@famma.org o acudiendo directamente a la Federación previa solicitud de cita telefónica (91 593 35 50).

Una vez se reciba la denuncia o consulta, FAMMA-COCEMFE Madrid, tratará de orientar y proporcionar los recursos y el apoyo necesario preservando la confidencialidad de los datos.

3. CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS EN LA MUJER CON DISCAPACIDAD QUE PROPICIAN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

- Autopercepción negativa: las personas con discapacidad tienen una imagen negativa de sí mismas, lo que conlleva una disminución de la autoestima y una falta de motivación para llevar a cabo acciones concretas: búsqueda de empleo, denunciar situaciones de maltrato... La situación de discapacidad castiga de por sí y distorsiona la realidad. Los sentimientos de culpabilidad en ellas son constantes, sintiéndose responsables de su situación y de los efectos negativos que tiene su condición en la familia.
- Tolerancia con la violencia: socialmente está asumido que el sufrimiento de las personas con discapacidad es "merecido" y que está íntimamente relacionado con su estado. El hecho de solicitar ayuda o el reconocerse como mujer víctima de violencia les produce vergüenza, ya que son reacias a ser enmarcadas dentro de un nuevo perfil: mujer con discapacidad víctima de violencia de género.
- Desconocimiento y Minusvaloración de las propias capacidades y potencialidades que le hacen tolerar determinadas situaciones que son maltrato. No quieren compasión y solicitan un cambio radical en su estructura de vida.
- Factores Familiares que obstaculizan su desarrollo integral: muchas veces las familias desconfían de las posibilidades reales que tiene la persona con discapacidad no promoviendo ni apoyando las iniciativas de la misma. Se tiende a perpetuar la imagen infantil a lo largo de los años y se condena totalmente su autonomía. Otro factor que incide de forma negativa es la sobreprotección a la que se ven sometidas y la necesidad de justificar constantemente sus acciones viéndose obligadas en muchos casos a huir del ámbito familiar y de su red social de amigos.
- Percepción de ser Invisibles ante la Sociedad: opinión generalizada de no tenerlas en cuenta en la mayor parte de las ocasiones.
- Sentimientos de No saber dónde acudir: el medio con el que se encuentran en la mayoría de las ocasiones no está adaptado y los profesionales a los que acuden no cubren sus necesidades; no cuentan con recursos específicos especializados: necesitan profesionales conocedores de la discapacidad y además expertos en violencia de género.
- No identificación con las Campañas, acciones de Sensibilización y Prevención que se llevan a cabo: el maltrato no se tiene solo que asociar con golpes; existen otro tipo de situaciones que son maltrato, que no se tienen en cuenta y que son con las que se enfrentan a diario las mujeres con discapacidad: barreras en la comunicación, situaciones de indiferencia, abandono sanitario, institucional... Los modelos que se eligen suelen ser mujeres sin diversidad funcional por lo que la discapacidad no tendría lugar.
- Múltiple discriminación: la discriminación por razón de la mayor o menor capacidad física o intelectual es un acto violento en sí mismo y genera a su vez, frustración y violencia en la persona que lo padece; si a eso añadimos la discriminación por razón de género, el nivel de agresión y violencia hacia las mujeres con discapacidad es aún mayor.
- Escasa o nula Autonomía Personal: la falta de autonomía hace a las mujeres con discapacidad más dependientes e indefensas ante las agresiones de los demás.
- Riesgo mayor de ser objeto de violencia que las mujeres sin discapacidad: debido a su situación de vulnerabilidad y dependencia.

4. SITUACIONES DE MALTRATO DETECTADAS EN LA MUJER CON DISCAPACIDAD Y DENUNCIADAS:

- Violencia doméstica.
- Negligencia en el hogar, institucional (en centros residenciales, de día, hospitales...)

- Agresiones sexuales (físicas y verbales).
- Abuso emocional.
- Abuso económico.
- Abandono físico y emocional.

5. ¿QUÉ HACE A LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD MÁS VULNERABLES A LA VIOLENCIA?

- Ser menos capaces de defenderse físicamente.
- Tener mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a problemas de comunicación.
- Más baja autoestima y menosprecio de la propia imagen como mujer.
- Enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a la condición de mujer y negación de éstos mismos en la mujer con discapacidad.
- Mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otros.
- Miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados.
- Menor credibilidad a la hora de denunciar hechos de este tipo ante algunos estamentos sociales.
- Vivir frecuentemente en entornos que favorecen la violencia: familias desestructuradas, instituciones, residencias y hospitales.

6. SI ERES VICTIMA DE MALTRATO FÍSICO O PSÍQUICO... (GUIA RÁPIDA DE ACTUACIÓN)

Tras haber recabado información al respecto, FAMMA COCEMFE-Madrid recomienda las siguientes pautas de actuación:

Ámbito sanitario:

- Acuda a los **Servicios Sociales** de su localidad. Allí podrán informarle sobre sus derechos y los recursos de apoyo y medidas sociales y de protección que el Ayuntamiento, la Administración Pública y otras instituciones (incluyendo los servicios no gubernamentales) ponen a su disposición.
- Si existen lesiones físicas vaya a un centro sanitario que le asista y emita el correspondiente parte de Lesiones. Debe acudir, salvo en supuesto de gravedad y riesgo vital, al **Servicio de Urgencias** del hospital más cercano.
- Debe realizar una exposición completa de los hechos que motivan la asistencia: la fecha, la hora y el lugar, así como el tipo de agresión.

Ámbito policial:

- Presente una denuncia en la Comisaría más cercana o en el Juzgado de Instrucción que esté de guardia y lleve el parte de lesiones como prueba documental.
- Ofrezca una declaración pormenorizada de los malos tratos, desde cuándo, de qué manera, en qué consisten los hechos que motivan la denuncia. Si lo desea puede solicitar medidas de protección.
- Debe solicitar que le entreguen un certificado de la interposición de la denuncia.

- Le deben informar por escrito sobre los derechos y recursos sociales existentes, así como facilitarle la comunicación con los mismos.
- Le deben informar del estado de las investigaciones en caso de ser detenido el autor de los hechos, facilitar un teléfono de contacto que permita una atención inmediata y personalizada e informarle sobre la situación personal del agresor para que su caso sea seguido por el agente habilitado en Comisaría.

Ámbito judicial:

- La denuncia puede efectuarse en el Juzgado de Guardia. Al prestarla, deben tenerse en cuenta las consideraciones anteriores.
- En caso de lesiones se le debe acompañar mediante escolta policial al servicio médico correspondiente.
- Se le debe realizar el ofrecimiento de acciones de forma comprensible, haciéndole entrega de la correspondiente acta.
- Se le informará de forma inmediata sobre las medidas que se adopten y le puedan afectar respecto al agresor.

Asesórese sobre los derechos básicos que la amparan:

- La ausencia del domicilio por temor a su integridad física o psíquica, o la de sus hijos, no supone abandono de hogar si presenta una denuncia. Si ha decidido alejarse de su hogar, sepa que no incumple el deber de convivencia siempre que solicite unas medidas provisionalísimas o presente una denuncia o demanda de separación. Las medidas provisionalísimas puede solicitarlas personalmente ante el Juez de Familia sin necesidad de abogado o procurador. Estas medidas la autorizan para vivir separada, establecen la custodia de los hijos, la disposición de la casa y ayudas económicas.
- Por otra parte, la demanda se interpone en el Juzgado de Familia por medio de abogado o procurador. El Colegio de Abogados ofrece asistencia jurídica gratuita y asesoramiento. Antes de abandonar el domicilio lleve con usted su documentación y la de sus hijos (DNI, cartilla de la Seguridad Social), además de la nómina de la persona con la que convive o copia de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y facturas y documentos que acrediten los gastos de sostenimiento de la familia.
- Se pueden aportar medidas provisionalísimas por parte del Juez competente, sobre la utilización de la vivienda familiar, la custodia de los hijos, etc.
- Pueden denunciarse tanto las lesiones físicas como psicológicas.
- Si teme presentar la denuncia por las posibles consecuencias que pueda tener, los agentes actuantes pueden presentarla por usted siempre que hayan constatado los hechos, exista algún testigo de los mismos y se disponga del parte de lesiones.
- Usted puede ser parte de un proceso penal y obtener una indemnización por el daño sufrido. Incluso si decide no formar parte del proceso penal, también tendrá derecho a dicha indemnización establecida en la sentencia.

7. ¿QUÉ SE DEBE DE HACER EN CASO DE SUFRIR MALOS TRATOS?

DENUNCIAR, para lo que puedes dirigirte a:

- Comisaría de policía (En caso de ser mujer, solicita que te atienda personal especializado del Servicio De Atención a la Mujer de la Policía Nacional.)
- Cuartel de la Guardia Civil
- Juzgado de Guardia

No olvides INCLUIR en la denuncia:

- Testigos si los hay.
- Si hay lesiones, aporta la copia del parte médico de lesiones.
- Solicitar copia de la denuncia.

Si tienes que abandonar tu casa, prepara antes:

1. DNI.
2. Cartilla de la Seguridad Social.
3. Libro de familia.
4. Libreta de Ahorro / Tarjetas o datos de la cuenta corriente.

8. DATOS ESTADÍSTICOS:

- Según datos del Parlamento Europeo referido a 2004, el 80% de las mujeres discapacitadas son víctimas de malos tratos.
- Según el estudio presentado por el Ayuntamiento: Diagnóstico social sobre violencia de género y discapacidad en la Ciudad de Madrid: (Octubre 2006)
 - 3 de cada 10 mujeres con discapacidad física sufren malos tratos en Madrid según “el diagnóstico social sobre violencia de género y discapacidad en la ciudad de Madrid” presentado por la directora general de igualdad de oportunidades del Area de empleo, Dña. Asunción Miura.
 - El 52,17% son víctimas de violencia física (con el resultado de lesiones en el 26% de los casos) y el 14,58% de agresiones sexuales.
 - 8 de cada 10 mujeres afirman que los malos tratos son habituales y que se circunscriben a los ámbitos familiar, institucional y de pareja.

9. CONCLUSIONES OBTENIDAS A TRAVES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS:

- Durante estos 3 años, los datos nos revelan que la violencia de género en mujeres con discapacidad va más allá de la pareja (Familia, Trabajo, Instituciones, Sociedad...).
- En cuanto a la recepción, tramitación y seguimiento de denuncias, por tratarse de un tema delicado y de absoluta confidencialidad, indicar que el número de denuncias ha sido reducido en relación a las cifras que arrojan los estudios que existen sobre la materia.
- Destacar que, el 100% de las denuncias recibidas han sido realizadas por maltrato o abuso hacia mujeres con discapacidad, habiendo realizado la denuncia directamente la propia afectada en tan sólo un 25% de las ocasiones.
- Las mujeres con discapacidad tienen un riesgo cuatro veces superior que el resto de las mujeres de ser objeto de violencia, aunque la escasez de datos oficiales que respalden este hecho hace más complicado conocer la situación en profundidad y llevar a cabo acciones concretas.
- Estas mujeres cuentan con más obstáculos a la hora de participar en la sociedad debido a:
 - su estado de vulnerabilidad y baja autoestima.
 - las barreras arquitectónicas y de comunicación.

- la dificultad de acceso a los puntos de información y asesoramiento a la hora de denunciar o acudir a centros no adaptados.
- La falta de profesionales especializados en discapacidad y violencia de género.
- La invisibilidad del colectivo en la sociedad.
- La ocultación o la ignorancia de las situaciones que sufren las mujeres con discapacidad contribuye a que estos actos se perpetúen.

MANUAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA

M^a José Frutos Frutos
Fundación Síndrome de Down de la Región de Murcia

El material que aquí se presenta ha sido el fruto del esfuerzo conjunto de tres entidades, principalmente:

- La Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia para dar cumplimiento al OBJETIVO ESPECÍFICO 1.4 del II PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE LA REGIÓN DE MURCIA que pretende *“proporcionar a las mujeres con discapacidad acceso a la información y a los recursos para prevenir, detectar y combatir los malos tratos, en soporte adecuado a las diferentes discapacidades”*.
- FADIS, la Federación de Asociaciones de Discapitados Psíquicos de la Comunidad Murciana y
- FUNDOWN, Fundación Síndrome de Down de la Región de Murcia

Una vez la Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia nos planteó a distintas entidades del sector de la discapacidad intelectual la necesidad de realizar una intervención dirigida a Prevenir y a Detectar el maltrato contra las mujeres con discapacidad psíquica de la Región de Murcia, se comenzó por elaborar conjuntamente un programa estructurado en tres fases que, a su vez, incluían varias acciones, entre las que destacamos:

- una Investigación sobre los recursos existentes en la Región de Murcia y los materiales disponibles a nivel nacional,
- unas “Jornadas sobre Prevención de la Violencia contra las Mujeres con Discapacidad Psíquica”,
- un material adaptado para las mujeres con discapacidad intelectual.

A partir de las dos primeras actividades, se llegó a la conclusión de que la confluencia de los factores género y discapacidad convierte a las mujeres con discapacidad en un grupo en grave riesgo de sufrir algún tipo de maltrato, produciéndose lo que se conoce por **“doble discriminación”**. Si a eso se le añade que aquellas que tienen alguna discapacidad intelectual tienen **más barreras** para acceder a las vías de ayuda y denuncia que hay previstas, tenemos como resultado una **invisibilidad** de esta situación que, por su propio proceso natural, difícilmente podría solucionarse. De esta manera, se puede asegurar que no se dispone de investigaciones suficientes para constatar la realidad del maltrato en mujeres con discapacidad intelectual y lo que es peor, de adecuados recursos para hacer frente a este hecho.

De otra parte, la filosofía de actuación de FUNDOWN, así como la de este proyecto, pasa siempre por no crear nuevas vías que den atención al colectivo que nos ocupa, sino que se debe aplicar el principio de normalización: es decir, adaptar los canales de actuación existentes para que sean conocidos y utilizados por las personas con discapacidad intelectual.

De esta manera, se plantea la necesidad de elaborar este material que pretende formar e informar, mediante la utilización de un formato y lenguaje accesibles, a mujeres con discapacidad intelectual, a sus familiares, a los profesionales que trabajan con ellas y, en general, a cualquier persona que pudiera estar interesada para prevenir y detectar el maltrato y que, además, cuando se detecte la situación, puedan contar con las herramientas necesarias para combatirlo.

A partir de estas conclusiones, se afrontó con entusiasmo la tercera de las acciones que nos merecía una **especial dedicación**: había que elaborar un material didáctico que permitiera que cualquier mujer con discapacidad intelectual pudiese reconocer los signos de alerta de una situación de maltrato y los recursos existentes en este tema.

Así, pues, continuamos el camino **organizando un equipo de trabajo** dispuesto a abordar un **tema novedoso**, complejo y muy interesante. Para ello, se solicitó la colaboración de profesionales con una alta motivación por los retos y que trabajaran directamente con personas, jóvenes y adultas, con discapacidad intelectual.

El resultado ha sido un **equipo diverso** en cuanto a titulaciones, entidades donde desempeñan su labor y criterios de actuación con respecto a este colectivo pero, semejante en ilusión y en espíritu emprendedor.

Llegados a este punto, quisiera, en nombre de FUNDOWN y en el mío propio, agradecer a la Consejería de Trabajo y Política Social en general, y a la Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales en particular, el haber hecho posible este proyecto por varios motivos:

- en primer lugar, por el hecho de hacer un trabajo en coordinación con una entidad como FADIS, la Federación de Asociaciones de Discapacitados Psíquicos de la Comunidad Murciana,
- en segundo lugar, por haber contado con una colaboración estrecha por parte de técnicos de la Consejería y, además,
- por permitirnos participar en convertir una idea novedosa, como es la intervención en el ámbito de la prevención y detección del maltrato con el colectivo de mujeres con discapacidad, en una realidad.

Nuestro siguiente paso fue el de comenzar una serie de **reuniones** que determinarían los **criterios básicos** para guiar la elaboración del material. Se plantearon numerosas **dificultades**, dada:

- la heterogeneidad del colectivo destinatario,
- la especial sensibilidad y complejidad que requería el tema a tratar,
- así como la dificultad de deslindar el concepto de maltrato con ciertos hábitos sobreprotectores, habituales en el entorno de la discapacidad intelectual.

Todo ello ha **determinado que en el material**:

- se utilicen tanto la información escrita, como la gráfica,
- que se usen numerosos ejemplos, que no hieran la sensibilidad y que estén enmarcados en distintos contextos, y
- sobre todo, la necesidad de que este material sea aplicado con la ayuda de personas cercanas a la destinataria (familiares, profesionales, etc.) para completar la información que se trabaja y no crear dudas a las personas a las que va dirigido.

Este manual tiene su base en una necesidad clara de actuar sobre una carencia social importante: comprender que las mujeres con discapacidad intelectual pueden ser víctimas de malos tratos y que tenemos la obligación de intervenir para prevenir, detectar y combatir dichas situaciones.

A continuación pasamos a realizar una breve **DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL**:

Tal y como acabamos de comentar, la aplicación de este material requiere la intervención de otras personas del entorno de la discapacidad intelectual (profesionales o familiares).

De esta manera, se han elaborado dos documentos distintos:

- Un **manual para docentes** (que es el documento impreso): en el cual se usa un:
 - lenguaje claro, no sexista y positivo (no lacrimógeno o desagradable).
 - Incluye el uso de figuras masculinas y femeninas indistintamente tanto como víctimas y como maltratadoras, o usa personajes indefinidos o asexuados y
 - Utiliza, también, ejemplos en diversos contextos: en la pareja, en el trabajo, en las instituciones, en las residencias, en el grupo de amigos o amigas, ...

- **Un cuaderno de actividades** (en CD-Rom), y que se encuentra dentro del otro documento, para que se imprima y se entregue a las mujeres con discapacidad intelectual. Este documento recoge unos contenidos muy básicos y unas actividades que permitan afianzar dichos contenidos.

Dada la heterogeneidad de capacidades y dificultades que se incluyen bajo el concepto de discapacidad intelectual, se ha recogido una gran diversidad de actividades con el fin de que dé respuesta al mayor espectro posible de destinatarias. Además, ha sido un elemento básico de nuestra actuación, la aplicación previa tanto de contenidos, como de actividades con las usuarias de nuestras entidades, con el fin de validar su eficacia. De esta forma, tenemos la certeza de que las actividades que se plantean cumplen con el objetivo previsto y que están adaptadas al colectivo.

Pero la práctica también nos ha demostrado que el cuaderno de actividades no podrá ser aplicado de manera completa, en la mayoría de situaciones, a todas las personas que vayan a recibir la formación aunque, de un modo u otro, siempre habrá actividades que puedan adaptarse a todos los niveles.

La información de ambos documentos se ha dividido en 14 módulos, los cuales mantienen, de manera aproximada, una misma estructura:

- un título,
- una frase descriptiva,
- un contenido teórico y
- unas viñetas.

EL CUADERNO DE ACTIVIDADES: (con la misma distribución de módulos) hay:

- un título,
- un contenido teórico,
- unas viñetas y
- unas actividades. Estas actividades, a su vez, tienen otra estructura que se repite:
 - actividad de conceptos,
 - role-playing,
 - otra actividad de conceptos,
 - una actividad más creativa y
 - dos actividades de repaso:
 - redacción breve y
 - análisis de la frase descriptiva del módulo.

Los contenidos de cada módulo están dirigidos tanto a conocer qué es el maltrato, como a ofrecer unas herramientas básicas para que cada persona pueda afrontarlo. Dentro de estas herramientas, se da una importancia principal a la mejora de la autoestima, al fomento del respeto y a conocer cuáles son los recursos sociales disponibles para una situación de maltrato.

En definitiva, este es el resultado de un trabajo en equipo, con vocación práctica y con la finalidad de abordar una necesidad no cubierta hasta ahora y que, esperamos, colabore con la mejora de la calidad de vida del colectivo al que representamos.

Por último, quisiera expresar mi deseo de que este manual cumpla el objetivo previsto y realice su aportación para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en general, la de las mujeres en particular y erradicar

esa lacra social que es el maltrato. Asimismo, quiero reiterar mi agradecimiento a la Consejería, a FADIS y a todas las personas que han hecho posible este manual.

Muchas gracias por su atención y, si alguien tiene alguna pregunta, para hacerme, estaré encantada de responder aquello que esté en mi mano.

INTEGRACIÓN LABORAL Y SOCIAL DE MUJERES CUYA DISCAPACIDAD PROCEDE, O SE HA VISTO AGRAVADA, POR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Cristina Pavón Caballero

Presidenta de la Fundación Genus -CAILU- Centro especial de empleo. Sevilla

¿QUIÉNES SOMOS?

- Una empresa calificada como Centro Especial de Empleo por la Junta de Andalucía, y que como tal cumple los siguientes objetivos generales:
- Realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado.
- Asegurar un empleo remunerado, y la prestación de servicios personales y sociales que requieran sus trabajadores minusválidos.
- Ser un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal. (art. 42 Ley de Integración Social del Minusválido)

¿QUÉ NOS DISTINGUE?

- CAILU es el único Centro Especial de Empleo con discriminación positiva hacia la mujer.
- Damos empleo a Mujeres con una minusvalía de hasta el 65%.
- Apostamos por la integración laboral y social de Mujeres cuya discapacidad procede, o se ha visto agravada, por la Violencia de Género.
- Practicamos la Economía solidaria. Comenzamos con 5 trabajadoras, y en la actualidad contamos con 26, y una lista de espera de 180.
- Disponemos de Maquinaria con tecnología I+D.
- Poseemos la Certificación de Calidad ISO 9001-2000.

¿QUÉ OFRECEMOS?

- La integración social de personas con discapacidad mediante su incorporación laboral a una empresa centrada en el sector de la serigrafía. Cada empleada cuenta con contrato indefinido y salario según Convenio.
- Favorecer su formación profesional con la organización de cursos especializados en colaboración con la Asociación de Serígrafos Españoles.
- La realización de toda una serie de servicios integrales que van desde el asesoramiento jurídico, a la atención médica o psicológica, o incluso a buscarles alojamiento, guarderías o seguridad policial si han tenido que abandonar sus hogares.

Medidas Alternativas

- CAILU ayuda a las empresas a cumplir con las disposiciones legales que rigen en nuestro país para potenciar e impulsar la generación de empleo y la plena integración de personas con discapacidad.

- En 1982 se aprueba la Ley de Integración Social y Laboral del Minusválido (LISMI) que impone a las empresas de 50 o más trabajadores la obligación de reservar una cuota del 2% de su plantilla a favor de trabajadores discapacitados.
- El RD 27/2000, flexibiliza la ley anterior y establece Medidas Alternativas que permitan a las empresas quedar exentas de la obligación anterior.
 - Comprar suministros a un CEE.
 - Contratar servicios a un CEE (CAILU).
 - Realizar una donación a una Fundación de carácter social (FUNDACIÓN GENUS).
- Para el cumplimiento de estas Medidas es imprescindible obtener el Certificado de Excepcionalidad a la contratación de personal discapacitado.

NUESTRAS INSTALACIONES

- Poseemos un Centro de trabajo de más de 300 m², especialmente diseñado en función del personal discapacitado que en él trabaja, y conforme a la normativa vigente.
- Contamos con una maquinaria I+D y equipos de última generación.
- Nos dedicamos a la serigrafía y distribución de productos publicitarios. Además, realizamos trabajos personalizados.
- Nos dirigimos tanto a empresas como a administraciones públicas.
- Nuestro personal está en constante formación.
- Ofertamos a las empresas de más de 50 trabajadores el cumplimiento de las Medidas Alternativas.

NUESTRO EQUIPAMIENTO TÉCNICO

- Máquina de imprimir automática para textil y serigrafía de hasta 8 colores. Alcanza una producción diaria de 5.000 grabaciones.
- Máquina manual para textil y serigrafía de hasta 6 colores. Alcanza una producción diaria de 2.500 grabaciones.
- Máquina semiautomática dobladora y envasadora para camisetas, sudaderas, etc. Alcanza una producción diaria de 5.000 ejemplares.
- Máquina automática de tampografía de hasta 4 colores. Alcanza una producción diaria de 7.200 grabaciones.
- Máquina mixta plano-cilíndrica. Con una producción diaria de 6.400 grabaciones.

NUESTROS PRODUCTOS

- Distribuimos una amplia gama de productos que podemos personalizar con el logotipo o anagrama de su empresa o de la institución que representa.
- Diseñamos y creamos modelos y nuevas aplicaciones para su material promocional o sus regalos de empresa.
- Ofrecemos todo tipo de productos: textil, viaje, hogar, escritorio y oficina, marroquinería, artículos de promoción y temporada.

CERTIFICADO DE CALIDAD

- Nuestro Sistema de gestión ha obtenido la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 (Nº ES 030755) para las actividades de:
 - Serigrafía y tampografía en todo tipo de soportes y objetos, incluyendo el diseño de las composiciones.
 - Manipulación de artículos de regalo.

NUESTRO EQUIPO HUMANO

- CAILU está dirigido por un equipo de profesionales con experiencia en las distintas áreas que constituyen la organización de la empresa.
- Equipo directivo y personal laboral dan una respuesta ágil, transparente y eficaz a las continuas demandas de nuestros clientes, con la calidad que nos certifica y con precios justos y competitivos.
- Organigrama:
 - Gerencia
 - Área de Producción y Diseño
 - Área Comercial
 - Área de Administración
 - Área de Formación
 - Área de Recursos Humanos

RECONOCIMIENTOS A NUESTRO TRABAJO

- Premio Meridiana 2003. Instituto Andaluz de la Mujer, Junta de Andalucía
- Reconocimiento "Senderos de Gloria" 2003, Canal Sur TV
- Premio Clara Campoamor 2004, PSOE Sevilla
- Premio Acción Social Conjunta 2004, Feria de Valencia
- Premio CAMF DE ORO 2004, CAMF-COCEMFE Andalucía
- Mención de Honor Programa de Lanzamiento de Empresas 50K 2005 Creara - Fundación San Telmo
- Premio Cermi.es 2005, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
- Proyecto finalista Campaña "Voto Solidario" 2005, Fundación Eroski
- Proyecto beneficiario de Association Femmes de Europe 2006 para financiación de maquinaria.
- Proyecto seleccionado para competir en "24 horas solidarias Ford"

DÓNDE ENCONTRARNOS

- Polígono Industrial Alcalá 10, manz. 4 – nave 16. 41500-Alcalá de Guadaira. Sevilla. Tel. 955 086 982. Fax. 955 337 610.

info@cailu.es

www.cailu.es

INDICADORES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE MALTRATO EN PERSONAS DEPENDIENTES FÍSICAMENTE

José Juan García Ruiz
Coordinador Técnico Centro Base Atención a Discapacitados. n 2.
Consejería de Servicios Sociales Comunidad de Madrid

EL POR QUÉ

Cuando hace años en mi trabajo ordinario se acercó una persona pidiendo hablar conmigo, y la secretaria sin preguntarme le dejo pasar, me encontré con un discapacitado físico con problemas motrices y dificultades del lenguaje que hacia casi inteligible la comunicación entre los dos.

Lógicamente asumí la situación salvando a mi compañera, e intente de la forma más profesionalmente posible entender y atender a aquel ciudadano. Esta persona que era un licenciado en Filosofía de unos cuarenta años y que como he relatado tenía problemas en todos los sentidos, andar, coherencia en los movimientos, dificultades del lenguaje, etc... tenía, y tiene como he señalado, porque vive y puede que esté aquí en esta sala, una inteligencia prodigiosa, además de ser buena persona como he podido comprobar con el transcurso del tiempo.

Establecimos comunicación y el hombre se echo a llorar, y no sabía cómo centrar la conversación y cuál era su demanda, recuérdese, que soy un funcionario burocrático.

Finalmente comencé a darme cuenta que me trasmitía un fuerte dolor, no físico, sino psicológico que supuraba por la herida de las consecuencias que la dependencia física y orgánica le estaban haciendo pasar en sus relaciones familiares, del entorno, comunitarias y sociales.

Este hombre, y este hecho, me hicieron pensar cómo podía haberse llegado a este punto y cómo nadie a pesar de que lo conoce mucha gente había dado la voz de alerta, y nadie le había ayudado.

Esto nos hizo poner en marcha un amplio programa de investigación sobre el maltrato a las personas dependientes físicamente, cuya metodología vamos a explicar aquí y cuyos resultados próximamente podremos poner a su disposición.

QUÉ DENOMINAMOS MALTRATO

En nuestra investigación, maltrato es cualquier modelo de relación que limita el derecho a la autodeterminación del sujeto condicionando su bienestar físico y emocional, su bienestar material, sus relaciones interpersonales, sus posibilidades de inclusión social y en consecuencia el itinerario de su desarrollo personal, es decir el ejercicio de sus derechos.

No entendemos como maltrato, en nuestro trabajo, otras acepciones que como en estas jornadas estamos viendo o conociendo y que pueden tener relevancia jurídica penal, es decir no hemos investigado el maltrato físico que lógicamente deja huellas que pueden ser percibidas con claridad y que como toda huella humana busca un sujeto responsable.

Dejamos a los juristas y otros profesionales en consecuencia el tratamiento de esa problemática y nosotros nos centramos en la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los indicadores del discurso y las actitudes que en la relación con el dependiente físico aminoran su calidad de vida, entendida ésta en los términos definidos en la teoría denominada de la centralidad de la persona que la establece como una combinación de condiciones de vida y satisfacción personal?

Y más, en concreto estamos investigando a través de la metodología que a continuación exponemos los elementos matriciales del discurso o expresión de sentimientos por parte de personas dependientes físicamente que tras su

tratamiento matemático conllevan una alta probabilidad de ser sujeto de riesgo de maltrato en el sentido anteriormente expuesto.

Autodeterminación, en consecuencia, y todo aquello que lo limita es lo que intentamos detectar con carácter previo entendiendo por dicho concepto la capacidad de hacer y también el ejercicio del poder efectivo y control cierto de los actos de su vida personal que estén siendo limitados en el terreno de la vida personal.

Es decir, no entendemos, o mejor, no abarca el concepto anteriormente expuesto las relaciones de poder y desigualdad en el ejercicio de lo público, pues si lo hiciera y siendo como pensamos la desigualdad y la lucha entre grupos y personas, es decir, en las relaciones de poder, el motor del cambio social cualquiera podría autodefinirse como persona maltratada.

Como investigador lógicamente el mayor riesgo del uso semántico de las palabras en su aplicación a todo, entendiendo por todo que cualquier "disgusto o límite" en nuestra vida en estos momentos hay gente que le pone el calificativo de maltrato con lo cual desvirtúa el concepto, impide la investigación, desvirtúa la realidad, y sirve a intereses a veces espurios.

EL MÉTODO DE ANÁLISIS

Es la primera dificultad con la que nos encontramos y entendemos que los análisis métricos que reflejan realidades no nos sirven para el objeto de nuestra investigación por ello optamos por el sistema de medición de análisis no métrico el MDSCAL.

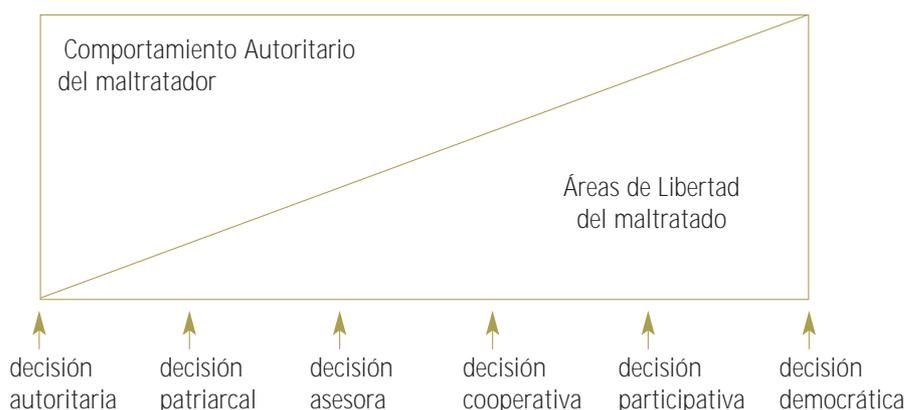
Qué es el MDSCAL:

MDSCAL es un programa del escalamiento multidimensional no métrico para el análisis de similitudes. El programa, el cual opera sobre una matriz de medidas de similitud o disimilitud, está diseñado para encontrar, en cada dimensión especificada, la mejor representación geométrica de los datos en el espacio.

El uso del escalamiento multidimensional no métrico es parecido al del análisis factorial: por ej. se pueden puntuar conglomerados de variables, se puede descubrir el número de dimensiones de los datos y algunas veces se pueden interpretar las dimensiones.

Para comenzar los cálculos, se usa normalmente una configuración inicial creada internamente, de forma arbitraria. Sin embargo, el usuario puede suministrar una configuración inicial. Hay varias razones para suministrar una configuración inicial. El usuario puede tener motivos teóricos para comenzar con una cierta configuración; se puede desear hacer iteraciones adicionales sobre una configuración que no se encuentra suficientemente cerca a la mejor; o, para ahorrar tiempo de computación, se puede desear suministrar una configuración de dimensiones más elevadas como punto de partida para una configuración de más baja dimensión.

HIPÓTESIS DE EVOLUCIÓN DE RELACIONES DE DOMINACIÓN



Número de dimensiones y métrica

Se pueden obtener soluciones en 2 a 10 dimensiones. El usuario controla el número de dimensiones de las configuraciones obtenidas, a partir de la especificación del número máximo y mínimo de dimensiones deseadas y la diferencia de dimensiones de las soluciones sucesivas producidas (ver parámetros DMAX, DMIN, y DDIF). El usuario también especifica, con el parámetro R, si la métrica de distancia debe ser euclídeana ($R=2$), que es el caso usual, o alguna otra métrica r de Minkowski.

Esfuerzo

El esfuerzo es una medida de la bondad del ajuste de la configuración a los datos. El usuario puede escoger entre dos fórmulas para calcular el coeficiente de esfuerzo: el esfuerzo se estandariza por la suma de las distancias cuadradas desde la media (SQDIST) o bien, el esfuerzo se estandariza por la suma de las desviaciones cuadradas desde la media (SQDEV). En muchas situaciones, las configuraciones obtenidas por las dos fórmulas no son sustancialmente diferentes. En la fórmula 2, se obtienen valores más altos del esfuerzo para el mismo grado de ajuste.

Ponderación de datos

La ponderación en el sentido usual (ponderar casos para corregir diferentes tasas de muestreo o diferentes niveles de agregación) debe hacerse antes de usar MDSCAL; tales ponderaciones deben ser incorporadas como datos en la matriz de entrada. Hay una opción de ponderación de naturaleza muy diferente en MDSCAL. Se puede usar para asignar ponderación a las celdas de la matriz de entrada; el usuario suministra una matriz de valores que se van a usar como coeficientes de ponderación para los elementos correspondientes en la matriz de entrada.

Iteración	el número de la iteración
Stress	el valor actual del esfuerzo
SRAT	el valor actual del cociente de esfuerzo
SRATAV	el promedio actual del cociente de esfuerzo (es un promedio ponderado exponencial)
CAGRGL	el coseno del ángulo entre el gradiente actual y el gradiente previo
COSAV	el promedio del coseno del ángulo entre gradientes sucesivos (un promedio ponderado)
ACSAV	el promedio del valor absoluto del coseno del ángulo entre gradientes sucesivos (un promedio ponderado)
SFGR	la longitud (más apropiadamente, el factor de escala) del gradiente
STEP	el tamaño del paso.

Motivo para terminar

Cuando se termina el cálculo, se indican los motivos con uno de los siguientes mensajes: "Se logró el mínimo", "Número máximo de iteraciones usado", "Se alcanzó esfuerzo satisfactorio", o "Se alcanzó esfuerzo cero".

Configuración final

Para cada solución, se imprimen las coordenadas cartesianas de la configuración final.

Configuración clasificada

Para cada solución, las proyecciones de puntos de la configuración final se clasifican ascendentemente por separado en cada dimensión y se imprimen.

Resumen

Para cada solución, los datos originales se ordenan y se imprimen junto con sus distancias finales correspondientes y las distancias hipotéticas requeridas para un ajuste monotónico perfecto

En consecuencia, después de todo este galimatías matemático no métrico, nuestra investigación lo que da a luz es un sistema de determinación, valores y percepciones expuestas por los sujetos en la expresión de sus vivencias en su vida cotidiana que llegado a un determinado nivel de correlación ponen de manifiesto qué personas tienen altísimas probabilidades de estar sujetos a limitaciones cotidianas en el ejercicio de sus derechos, es decir, en la consecución de su autodeterminación en la vida por motivo de depender físicamente y/o psicológicamente de los sujetos que le rodean.

CÓMO HEMOS CONSTRUIDO LA MATRIZ DE ENTRADA

Para construir la matriz de entrada hemos utilizado la técnica del análisis del grupo discusión. Para ello, durante meses, hemos conformado grupos de discapacitados físicos y orgánicos representativos en su estructura de la configuración real de los discapacitados físicos por edad, sexo, nivel cultural y grado de dependencia que señaló la encuesta que el Instituto Nacional de Estadística elaboró en el años 1999 sobre los discapacitados en España.

De tal forma que los integrantes de los grupos fuesen representativos de la realidad de la discapacidad en España; no solo por sus características sino por su nivel de participación dentro de cada grupo, es decir, los participantes han sido proporcionales a la realidad de sus representados en la configuración sociológica de la discapacidad en España.

En esta tarea y siguiendo al profesor D. Jesús Ibáñez, que desde el año 79 nos apasionó en la facultad de sociología con el análisis cualitativo, y con su libro que recomiendo "Más allá de la sociología", hemos conseguido configurar la ponderación consensuada por los grupos de las percepciones y el impacto que tienen las actitudes y los comportamientos en las personas con las que se relacionan en su vida cotidiana privada.

Algunas líneas de investigación han sido desechadas a lo largo del trabajo como por ejemplo la perspectiva de género; no tanto en el discurso del sujeto como en el análisis del comportamiento del presunto limitador o maltratador, y ello sobre la base de un hecho cierto, los cuidadores informales y el sistema de relaciones de las personas dependientes físicamente descansan todavía en España básicamente en las mujeres que son quienes han y continúan llevando la carga del cuidado y apoyo a los dependientes.

Por el contrario sí se ha tenido en consideración dicha perspectiva en la percepción sentida de las limitaciones de desarrollo personal, pues son distintas en parte en los hombres y en las mujeres.

En este punto tuvimos en cuenta la Teoría de Alderfer sobre la cobertura de las necesidades básicas, que nos indica que dicha cobertura depende de los bienes materiales para el mantenimiento de la vida cotidiana de las relaciones interhumanas, que nos dan seguridad y valoración por parte de los demás y el crecimiento como valoración y autorrealización que tiene que ver con los impulsos que recibimos en nuestra relación con el entorno que recibimos en función de los valores sociales dominantes o standars.

RESULTADOS ESPERADOS

Aunque en breve plazo, espero, y deseo poder hacer público el resultado final del objetivo.

El esfuerzo realizado tiene una finalidad muy clara que consiste en poner en manos de los profesionales de los servicios sociales un protocolo de actuación, que utilizando la entrevista personal que se suele realizar tanto en la red primaria como especializada de servicios a las personas dependientes para satisfacer sus demandas, permita con

claridad discriminar a través del análisis del discurso y comportamiento de los sujetos que vienen a solicitar cualquier prestación.

Más allá de su expresión clara y concreta de ser o sentirse maltratado que personas de la mismas se insertan dentro de lo que denominaríamos grupo de riesgo, sin que en ningún caso dicha consideración tenga relevancia jurídico penal sino, exclusivamente, sirva para si así se estima oportuno, promover programas de prevención, seguimiento de la cotidianeidad de dichas personas que confirmen o no en cada caso las prevenciones detectadas.

En este sentido hechos:

- Como acudir o no a los tratamiento rehabilitadores
- Participar o no en actos de grupo
- Limitación expresa de sus posibilidades de inserción laboral
- Expresiones de deseos contenidas
- Actitudes de silencio ante la comunicación del acompañante con el que se relaciona
- Contradicciones en la percepción vivida de hechos recientes, o en síntesis, quejas más o menos explícitas que conllevan tristeza, ansiedad, silencios, evasiones, etc... en la entrevista, se convierten en elementos a tener en consideración.

No existe, necesariamente, un perfil que relacione directamente la sensación o percepción del sujeto de estar limitado o maltratado por su entorno cercano, con su actitud ante la vida toda vez que la relación de dominación o dependencia genera o impacta en la psicología del sujeto tras un largo proceso que a veces son años de vivencias de dicha relación, por tanto en ningún caso debemos de esperar que nuestras prevenciones sean confirmadas por los propios sujetos y en consecuencia no estamos proponiendo un instrumento para cooperar o acompañar al sujeto en las acciones necesarias para salir de la dependencia o maltrato.

Esta realidad puede darse pero no es a nuestro entender lo frecuente, sino que por lo contrario es posible que nos encontremos con la actitud de rechazo a nuestra de ayuda si el sujeto verbaliza claramente qué es lo que estamos percibiendo.

SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y DISCAPACITADOS PSÍQUICOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS

José Vidal Carballo

Director-Gerente del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

REALIDAD DEL CENTRO

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario es un Centro ubicado dentro del Complejo Penitenciario de Sevilla, situado en el Km. 3 de la carretera de Torreblanca a Mairena del Alcor. Fue inaugurado en Junio de 1990, tras el cierre del Hospital Psiquiátrico penitenciario de Carabanchel de Madrid. Es un Centro destinado principalmente al cumplimiento de medidas de seguridad de pacientes que han sido considerados inimputables en el juicio tras haber cometido un hecho delictivo.

Su área de influencias es Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla.

El ingreso de una persona en el Hospital Psiquiátrico viene determinado por el sumatorio de sus manifestaciones patológicas, en este caso, con las consecuencias de haber cometido un hecho delictivo, asociadas a una falla de los sistemas de sostén comunitarios: recursos personales (capacidades y competencias), recursos de la red social próxima y lejana (familia, amigos, compañeros, vecinos, asociaciones de familiares y afectados, etc.) el área de servicios sociales, el sistema de salud de atención primaria y especializada y la red de salud mental comunitaria, que deben de agotar todos los recursos terapéuticos a efectos de evitar en lo posible el ingreso de estos pacientes en el Hospital.

En el Hospital se encuentran ingresados unos 186 pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico (Psicosis, dentro de ellas la más frecuente es la esquizofrenia, trastornos afectivos, adicciones y demencias, deficiencia mental y trastorno de personalidad). El total de la población internada podemos dividirla en tres grandes grupos dependiendo de su situación procesal penal, todo a tenor del artº. 184 del vigente reglamento penitenciario:

- Internados Judiciales: pacientes sometidos por sentencia firme a una medida de internamiento, bien como consecuencia de la aplicación de una eximente completa o bien por una eximente incompleta con prioridad en el cumplimiento de la medida de seguridad.
- Preventivos, pacientes ingresados por orden judicial durante el tiempo que dure su estudio y peritación.
- Enfermedad mental sobrevenida, a lo largo del cumplimiento de la pena, han sufrido alteraciones psíquicas que no le permiten entender el sentido de la misma, por lo que queda en suspenso el cumplimiento de la pena y el Juzgado de vigilancia aplica una medida de seguridad.

Tras la reforma del Código Penal de 1996, donde quedó recogido que la medida de seguridad tenía que tener un límite máximo de cumplimiento, que no podía exceder al de la pena que le hubiera sido impuesta por la comisión del delito, si hubiese sido considerado imputable, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, asignó un número de plazas como capacidad operativa del Centro, en relación a la RPT, así como el espacio disponible para actividades rehabilitadoras, de 79 internados (Marzo de 1997). Posteriormente en Febrero del 2002, viendo el incremento en el número de internados judiciales, dicha capacidad operativa se incrementó a 112, siendo el número actual de plazas asignadas. En el momento de realizar este estudio se encuentran ingresados en el Hospital 187 pacientes.

Como mas tarde expondremos, y a efectos de conseguir que las circunstancias que se dieron en su día, no vuelvan a repetirse, evitando así que el paciente vuelva a cometer un delito que le lleve de nuevo a encontrarse privado de libertad, existe en el centro un ambicioso plan de oferta de actividades a los pacientes como inicio y fundamento de la rehabilitación.

Este plan de actividades, tiene dos objetivos fundamentales, primero ofrecer a los pacientes suficientes posibilidades para poder realizar una elección y segundo tener el mayor número de pacientes ocupados en actividades, pudiendo obtener así mayor información sobre su comportamiento, progresos, el deseado encauzamiento hacia su rehabilitación, etc

Todas estas actividades tienen su proyección en el exterior, elemento fundamental en la rehabilitación de los pacientes, en primer lugar, porque esta proyección en el exterior, es una de las motivaciones fundamentales para que los pacientes asistan a los talleres, pues así tienen salidas terapéuticas como complementos a la actividad que desarrollan dentro del Centro, salidas que suelen tener relación con el taller que asisten como por ejemplo visitas a talleres de cerámica, exposiciones de marquetería, visita a zonas monumentales del entorno del Hospital, etc.

ESTUDIO Y VALORACIÓN DE LOS RECURSOS QUE SE UTILIZAN EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA

Comunicaciones salidas terapéuticas

Procedimiento y garantía de desarrollo

(En el contexto de funcionamiento del Centro)

A.- De conformidad con lo que determina la vigente legislación penitenciaria en materia de internamiento en establecimientos y/o unidades psiquiátricas, Cap. VII del Título VII del vigente Reglamento Penitenciario, arts. 183 a 190, y su relación con lo que determina el Capt. I del Título. IX del mismo texto, " DE LA ASISTENCIA SANITARIA",

B.- De la afortunada y anhelada incardinación que en el marco constitucional supuso la reforma operada por la Ley 13/83 de 24 de octubre del C.C., por la que entre otras cosas se sometió a control judicial el internamiento de enfermos de esta naturaleza, (hasta entonces sometidos a una regulación puramente administrativa en virtud de un Decreto de 3/7/1931 que autorizaba el internamiento con la sólo certificación facultativa recogida en un certificado médico y la solicitud por escrito de parientes, representante legal o persona que conviviese con el enfermo).

C.- De la reforma operada en esta materia por la Ley 0.10/95 de 23 de noviembre, del C. Penal vigente, y el sentido reeducador y de inserción social atribuido a las penas y medidas de seguridad privativas de libertad, y la obligación derivada para los poderes públicos en cuanto a efectuar una política de previsión, tratamiento e integración de los disminuidos píquicos de la que trae razón la reforma penitenciaria referida al principio, (arts.- 25-2 y 49 de la C.E.)

D.- De lo dispuesto en la Ley General de Sanidad, cuando en su Capt. III- artº 20-3 De la salud mental,- establece la necesidad de un desarrollo coordinado de los servicios sociales en orden a una adecuada atención integral de los problemas de los enfermos mentales.

RESULTA

La actividad penitenciaria en materia de atención a personas con discapacidad, internas en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias, pasa por el desarrollo del CONJUNTO DE INSTRUMENTOS TERAPEUTICOS adecuados orientados a conseguir los efectos finalistas asignados a las MEDIDAS DE SEGURIDAD, en el entendido de que el TRABAJO TERAPEUTICO con los pacientes consiste, fundamentalmente, en conseguir y mantener una compensación psicopatológica (no sólo a través del tratamiento farmacológico, sino a través de los complejos métodos de intervención asistencial de cada uno de los especialistas que componen el Equipo Multidisciplinar), desde una concepción integral de la salud mental que permita una intervención rehabilitadora integral, finalidad que de forma genérica viene señalada en el artº 185 del R.P. cuando garantiza el adecuado nivel de asistencia a los pacientes de los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias a través al menos, de un Equipo Multidisciplinar, ade-

más de los Profesionales y del Personal Auxiliar necesarios para la ejecución de los programas de rehabilitación., orientando el cumplimiento de las medidas a la rehabilitación (artº 25-2 de la C.E.)

De modo que cada miembro especialista interviene con sus métodos propios en la estabilización psicopatológica del paciente, única forma en que puede entenderse el programa rehabilitador que se diseña sobre un diagnóstico/ evaluación previa, (artº 186-2 y 189 del R.P.)

Esta rehabilitación del enfermo se aborda principalmente desde cinco áreas de intervención que, sin perjuicio de su posterior desarrollo, dejaremos esbozadas genéricamente así:

- 1.-Talleres ocupacionales- Terapéuticos, y /u orientados a la Formación Profesional.-
- 2.-Programas de intervención psicológica (grupal e individualmente)
- 3.-Rehabilitación en/o con la colaboración de Instituciones extrapenitenciarias
- 4.-Salidas terapéuticas con personal del centro.-
- 5.-Salidas terapéuticas con la familia, de un día, o de larga duración.-

Reconoce el nº 2 del citado precepto la limitación de la Administración Penitenciaria para alcanzar sus finalidades en estos centros, abriendo la puerta a la colaboración de otras ADMINISTRACIONES en la actuación penitenciaria y en la integración de nuestros pacientes en las estructuras del modelo comunitario de atención a la salud mental, que es decir tanto como que estamos ante una concepción desinstitucionalizadora de la atención a la salud mental, consecuente a la Reforma Psiquiátrica, lo que evidencia:

- 1º. que nuestros centros son FUNDAMENTALMENTE HOSPITALARIOS, y
- 2º. que constituyen una excepción a la norma general de funcionamiento de los establecimientos penitenciarios ordinarios, que no se podrá comprender sin entender perfectamente la norma general que la explica.

Parece por tanto conveniente y oportuno conocer y saber qué es y cómo funciona un centro como el nuestro, lo que seguramente hará más fácil una comprensión global de sus singularidades.

PONENCIA: REDES INTERNACIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

María Teresa Bazo Royo
Catedrática de Sociología de la Ancianidad Universidad del País Vasco

Existe consenso en considerar que el maltrato a las personas ancianas es la última forma de violencia familiar que queda por reconocer plenamente desde el punto de vista social y político. En el ámbito de los Derechos Humanos es una laguna, no se le da la importancia que tiene, todavía no se valora la relación entre envejecimiento y Derechos Humanos y la necesidad de debatir y legislar al respecto. Todo eso es así aún reconociendo el esfuerzo que desde la gerontología y los servicios sociales, así como diversas personas particulares ocupando puestos en organizaciones internacionales, realizan para sacar a la luz el problema y convertirlo en un objetivo de acción social y jurídica.

En mi intervención expondré en primer lugar las acciones que desde la ONU y diversas organizaciones se han llevado a cabo en este campo concreto de los derechos de las personas de edad, y explicaré las características, objetivos, asociaciones relacionadas, y actividades de la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez: INPEA, según sus siglas en inglés.

Desde la sede de la ONU en Ginebra se han promovido diversas acciones en los últimos años, por las que se ha tratado de visibilizar la necesidad de ocuparse de los derechos de las personas ancianas. Diversas Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en el campo de las necesidades de las personas mayores han colaborado activamente en paneles y grupos de trabajo. Existen algunos documentos en los que se han plasmado las ideas, problemas, iniciativas, y propuestas que esos trabajos han producido, y que son los siguientes.

La Declaración sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Ancianas preparada por los comités en envejecimiento de las ONG en Ginebra. El folleto sobre *Derechos Humanos y Personas Mayores* preparado en Ginebra con ocasión del Año Internacional de las Personas Mayores de 1999. *Informe del Panel de ONG sobre "Derechos Humanos a lo Largo de la Vida"* organizado por los comités de las ONG sobre envejecimiento en la sede de la ONU de Ginebra durante la comisión de Derechos Humanos en 2003. *Declaración sobre "Derecho al Desarrollo"* realizada por un grupo de trabajo abierto en la sede de la ONU en Ginebra. *Texto de Naciones Unidas sobre Refugiados Ancianos* producido también entre los trabajos de preparación del Año Internacional de las Personas Mayores de 1999.

INPEA son las siglas en inglés de la Red Internacional para la Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez. Es la asociación más potente en esta área tanto por su implantación en todo el mundo, como por las actividades que en su todavía corta existencia ha promovido. Sin duda por el espíritu desinteresado y entusiasta de sus representantes y especialmente de sus comités directivos.

INPEA se crea durante el Congreso Mundial de Gerontología en Adelaide (Australia) en 1997, formándose en seguida representaciones de doce países. Fueron elegidas como Presidenta Rosalie Wolf (EEUU) y Lia Daichman (Argentina) como Vicepresidenta. Gerry Bennett de Gran Bretaña fue elegido Secretario General. De inmediato se propusieron Representantes Regionales de Norteamérica, Latinoamérica, Europa, Oceanía y Asia.

La Declaración de Principios de INPEA dice:

"Reconociendo la diversidad de culturas, experiencia, y estilo de vida de la población mundial, la Red Internacional de Prevención del Maltrato y Abuso a las Personas Ancianas pretende incrementar la habilidad de la sociedad, mediante la colaboración internacional, para reconocer y responder al maltrato de las personas ancianas, en cualquier entorno que ocurra, de modo que los últimos años de vida estén libres de abuso, negligencia y explotación".

En cuanto a los objetivos, se pretende:

a) Incrementar la conciencia y conocimiento públicos sobre el tema; b) promover la educación y la formación de profesionales y para profesionales en la identificación, tratamiento y prevención del maltrato; c) apoyar activamente las acciones en favor de las personas ancianas que sufren negligencia y abuso; y d) estimular la investigación sobre las causas, consecuencias, prevalencia, tratamiento y prevención de la negligencia y el abuso en la vejez.

Son diversas las Organizaciones no Gubernamentales asociadas a INPEA, como el Comité de Envejecimiento de las ONG, Panteras Negras, Universidad de Fordham en EEUU, la conocida Help Age International, el Comité Latinoamericano para la Prevención del Abuso a las Personas Ancianas (COMLAT, IAG), la Universidad de Toronto, la Asociación Japonesa de Gerontología, la Asociación Gerontológica de Buenos Aires (AGEBA), la Organización Mundial de la Salud (WHO), la Dirección Nacional de la Tercera Edad del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, la Asociación Internacional de Gerontología (IAG), el International Longevity Center (ILC), el Congreso Mundial sobre Violencia Familiar, la Universidad de Ryerson, la Federación Europea de Personas Mayores, la Universidad de Shukutoku en Japón, la Universidad de Kalmar en Suecia, el Instituto de Gerontología Candido Mendes University (UCAM) en Río de Janeiro, la Universidad de Viena en Austria, la International Federation of Ageing (IFA), Action on Elder Abuse del Reino Unido, la Universidad de Concepción en Chile, y el Comité Nacional para la Prevención del Abuso en personas mayores de EEUU (NCPEA).

Son constantes y diversas las actividades llevadas a cabo por INPEA durante estos años, entre las cuales puede señalarse en este resumen la proclamación en este año 2006 del Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez el día 15 de junio, en la Sede de Naciones Unidas en Nueva York.

TALLER: PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SOBRE EL MALTRATO

Inmaculada Miralles García
Foro Técnico de Formación

PLAN DE FORMACIÓN: DEFINICIÓN

Conjunto de programas y actividades, que se deberán desarrollar, y en su caso, impartir por la propia empresa, o por una empresa o entidad autorizada para la formación, con el objetivo de que los profesionales de las primeras dispongan de una formación adecuada, de acuerdo con su actividad laboral dentro de la empresa. El plan de formación, que deberá estar documentado, forma parte de los planes estratégicos de las empresas.

DISEÑO Y PROGRAMACIÓN DE ACCIONES FORMATIVAS

FASE I. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

(estudio de las necesidades de formación)

FASE II. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

(objetivos de la actividad formativa)

FASE III. ESTUDIO Y SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

(selección de contenidos, métodos,...)

FASE IV. ELABORACIÓN DEL PLAN

(diseño del programa)

FASE V. EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

(desarrollo de la acción formativa)

FASE VI. EVALUACIÓN

(revisión periódica)

FASE I. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

ACTUACIONES

- Delimitar el ámbito, sector o función que someteremos a análisis.
- Recoger el máximo de información disponible mediante: análisis de documentos, observación sistemática, entrevistas, cuestionarios, reuniones.
- Sistematizar y analizar la información.
- Valorar las necesidades en función de las expectativas legales, sociales, institucionales y personales.
- Establecer prioridades identificando problemas que se han de afrontar y en qué orden.

ENTORNO DEL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE FORMACIÓN

- en el territorio

- en los diferentes sectores del mercado de trabajo
- en la empresa

FASE II. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

CONCEPTO DE OBJETIVO

Inicialmente, parece conveniente precisar el término "objetivo" en relación con otros que le son afines (ideales, fines, metas) y que, juntos, formarían parte de las metas instructivas o de la formación:

- Los ideales, entendidos como aquellas valiosas ideas que en un determinado contexto histórico/social son asumidas por un grupo humano. Por ejemplo, conceptos como "la solidaridad, la democracia, la profesionalidad" se enmarcarían en este ámbito.
- Las metas o fines, que vendrían a ser aquellos ideales que se transforman en aspiraciones que la sociedad y las personas quieren encarnar; Por ejemplo, educar para la solidaridad, la profesionalidad o la democracia.
- Los objetivos serían metas concretas, conductas del alumno que, en la medida en que se van adquiriendo, acercan a la consecución del fin. Son pasos intermedios que permiten hacer realidad las metas o fines.

ideales = idea + valor

fines = ideales + aspiración

objetivos = fines + concreción

CLASIFICACIÓN

1. POR TIPO DE CONDUCTA

- **Cognoscitivos:** Habilidades intelectuales: la resolución de problemas, el recuerdo, el aprendizaje de conceptos...
- **Afectivos:** Actitudes y valores: sentimientos, valores, intereses, emociones...
- **Operativos:** Destrezas y habilidades manuales: destrezas perceptuales y psicomotoras.

Todo ello configura el Perfil profesional (situación final del alumno).

- **Saber:** adquisición de conocimientos.
- **Saber hacer:** desarrollo de habilidades que permitan ejecutar determinadas tareas.
- **Actitudes:** percepción, reacción o cooperación positiva hacia algo.

2. POR NIVEL DE PRECISIÓN CON QUE SE EXPRESA LA CONDUCTA:

- **Generales:** Resultados globales que esperamos, implícitos y orientativos.
- **Específicos:** Intermedios, actividades y competencias más sencillos que los globales.
- **Operativos:** Resultados concretos, explícitos y observables, la base de la evaluación de impacto.

Los objetivos generales y específicos:

- Dirigen y orientan el proceso formativo.
- Se pueden enunciar como objetivos de curso, módulo o unidad didáctica (objetivos específicos), variando su nivel de generalidad.

- Por su carácter global, se refieren a conductas no exteriorizadas, ambiguas (saber, apreciar, conocer, comprender...) susceptibles de varias interpretaciones.
- No son directamente observables y medibles.
- Pueden ser evaluados expresándoles en forma de objetivos operativos.

Los objetivos operativos:

- Son concreciones de los objetivos generales y específicos.
- Aluden a conductas observables y medibles y, por tanto, se pueden evaluar directamente.
- Tienen un carácter unívoco, es decir, la conducta a conseguir se expresa con certidumbre y claridad.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Definir objetos significa

- Saber qué es lo que se desea conseguir.
- Delimitar la acción instructiva.
- Definiendo sus perfiles de una forma precisa y clara.

Un objetivo bien definido implica 3 cosas.

- Una descripción de la actividad que los alumnos deben hacer, para demostrar que han alcanzado el objetivo, una definición clara de la operación mental que implica el dominio de un determinado concepto. (Responder, comparar, enumerar, señalar, etc.).
- Una delimitación de las condiciones bajo las que los alumnos cumplirán los objetivos.
- Un establecimiento del nivel aceptable en la obtención de los objetivos propuestos.

Propuesta de objetivos generales

Las situaciones de maltrato despiertan cada vez más la inquietud en los profesionales de servicios asistenciales a personas en situación de dependencia y en nuestra sociedad en general.

La preocupación sobre cómo se puede detectar esta posibilidad, y cómo se puede actuar ante la evidencia es manifiesta entre dichos profesionales.

Durante el curso se pretende dar a conocer a los alumnos desde una perspectiva interdisciplinar los signos de alerta, las características del maltratador, de la víctima y entorno, además de ofrecer diferentes opiniones sobre estos aspectos, a la luz de las dificultades legislativas y prácticas en que dichos profesionales se desenvuelven.

El curso pretende también ofrecer algunas posibles pautas de actuación ante estos hechos mediante protocolos desarrollados y probados con ese objeto.

Propuesta de objetivos específicos

Al finalizar el curso el alumno debe saber responder a las siguientes preguntas:

¿Qué es el maltrato?

¿Existe una definición consensuada de maltrato y/o negligencia hacia personas en situación de dependencia?

¿Existen diferentes tipos de maltrato?

¿Qué tipo de maltrato hacia personas en situación de dependencia ocurre con mayor frecuencia?

¿Pueden estar presentes de forma simultánea varios tipos de maltrato? ¿Dónde ocurre?

¿Qué factores pueden aumentar el riesgo de maltrato?

¿Un sólo factor de riesgo puede ser causa del maltrato y/o negligencia?

¿Existen señales de alerta?

Al finalizar el curso el alumno debe saber responder a las siguientes preguntas:

¿Quiénes pueden maltratar a unas personas en situación de dependencia?

¿Qué características generales presentes en las personas en situación de dependencia pueden hacer sospechar de la presencia de maltrato y/o negligencia?

¿Cuál es el perfil del responsable del maltrato y/o la negligencia hacia las personas en situación de dependencia?

¿Cuál es el perfil de una posible víctima de malos tratos?

¿Cómo se puede detectar la presencia de maltrato?

¿Son detectados todos los casos de maltrato y/o negligencia hacia las personas en situación de dependencia?

¿Qué dificultades pueden surgir en la detección del maltrato y/o la negligencia?

¿Qué se puede hacer?

FASE III. ESTUDIO Y SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

A. CONTENIDOS

B. METODOLOGÍA DIDÁCTICA

C. RECURSOS DIDÁCTICOS

A. CONTENIDOS

REQUISITOS MÍNIMOS DE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN

- Han de garantizar el nivel de conocimiento necesario para posibilitar unas prácticas correctas.
- Han de estar relacionadas con las tareas que realicen los profesionales y con la metodología y técnicas concretos que comporte su actividad, por ello la empresa responsable lo debería incluir en su programa de formación continua.
- Sería conveniente que la autoridad competente en cada CC.AA. aprobará y controlará los programas de formación que desarrollen las empresas y entidades autorizadas para comprobar que consiguen el nivel de conocimientos necesarios.

Propuesta de contenidos

Un programa de estudio básico para la mayoría de las disciplinas, debe incluir:

- una introducción al tema del maltrato de las personas mayores,
- la consideración de los signos y síntomas de maltrato,
- información detallada de las organizaciones locales que pueden proporcionar asistencia.

Los cursos de capacitación más especializados deberán concentrarse en el desarrollo de aptitudes para:

- realizar entrevistas,
- evaluar los casos de maltrato,
- planificar los programas de asistencia.

Para tratar los **aspectos éticos y jurídicos** será necesaria una enseñanza aún más avanzada, proporcionada por especialistas en estos temas.

En los programas de capacitación avanzada también se deberían incorporar **cursos sobre el trabajo con otros profesionales y la participación en equipos multidisciplinares.**

- 1.- Contexto de violencia y familia.
- 2.- Concepto de Maltrato y Tipos.
- 3.- Perfil del Maltratador o Malcuidador.
- 4.- Perfil del maltratado/-a o víctima.
- 5.- Relación de cuidado y situación psicológica en victimología.
- 6.- Indicadores de riesgo de maltrato desde un enfoque psicológico.
- 7.- Perspectiva médica del maltrato.
- 8.- Indicadores y signos del maltrato físico.
- 9.- Maltrato Institucional y prevención.
- 10.- Aspectos Penales del maltrato.
- 11.- Intervención en el ámbito Civil y Penal. Medidas cautelares de protección. Utilidades prácticas.
- 12.- Instrumentos y Técnicas de valoración y prevención del Maltrato.
- 13.- Organizaciones locales que pueden proporcionar asistencia.
- 14.- Casos prácticos. Análisis e Intervención.

B. METODOLOGÍA DIDÁCTICA

La formación puede llevarse a cabo de formas muy variadas, por ejemplo, mediante sesiones de capacitación, seminarios, programas de educación continua, talleres, y además en reuniones y conferencias.

Nos centraremos en la metodología didáctica de los programas de formación continua.

TIPOS DE METODOLOGÍA

- **Presencial**
- **Distancia** (con tutorías para evaluar aprendizaje)
- **Mixta** (sesiones presenciales y a distancia)

Formación presencial

Se debe utilizar una metodología acorde con la media del grupo.

No obstante habitualmente se utiliza una **metodología activa-participativa**, combinando exposiciones teóricas con la realización de ejemplos prácticos para una correcta asimilación por parte de los alumnos de los contenidos temáticos.

PARTE TEÓRICA

- Conceptualizar y situar el tema a tratar, abriendo un espacio para la reflexión y el debate.
- Acompañándose de material audiovisual adecuado a cada caso: diapositivas, vídeo, transparencias, etc., escrito y gráfico.
- Recomendación de la bibliografía relacionada con el tema.

PARTE PRÁCTICA

- Ejemplificar, ensayar y practicar sobre los contenidos expuestos (pueden estar relacionados diversos módulos)
- Se escoge el trabajo en grupo general, equipos más reducidos o individualmente según el caso

TÉCNICAS

- Estudio y discusión de casos prácticos
- Estudio y creación de materiales (registros, protocolos, cuestionarios, etc...)
- Diseño de planes y proyectos de análisis, actuación y planificación.
- Rol Playing y dramatizaciones de situaciones, casos y resolución de problemas
- Brainstorming y dinámicas grupales

Formación distancia

Para la formación a distancia suele utilizarse además del manual del alumno un cuaderno de ejercicios prácticos de cada una de las unidades didácticas que este deberá realizar fuera de las horas presenciales y que será tutorizado por el docente responsable del curso, bien sea por unidad didáctica o al finalizarlo.

El **cuaderno de ejercicios prácticos** contendrá también la autoevaluación del alumno sobre las unidades didácticas del programa que será, si no se decide realizar un cuestionario de evaluación presencial al final del proceso, la documentación de base para la certificación del alumno.

En la formación a distancia, si se utiliza soporte informático, los contenidos deben recibir un tratamiento didáctico especial para la modalidad no presencial en entornos virtuales de aprendizaje.

El contenido de los diferentes bloques temáticos del curso se distribuirá en módulos didácticos y se estructurará en Guías de estudio.

- ❑ Los **módulos didácticos** son células que componen el tejido de cada curso.
- ❑ Las **guías de estudio** explican la estructura de los módulos: los objetivos básicos, los recorridos conceptuales, la temporización de la lectura, la realización de actividades y los trabajos prácticos en el aula virtual.

- Cada módulo está formado para diferentes elementos que facilitan la comprensión y asimilación de los conceptos teóricos y de los casos prácticos.

C. RECURSOS DIDÁCTICOS FORMACIÓN PRESENCIAL

MATERIAL DEL ALUMNO

- Manual que contiene el programa temático para el desarrollo de las clases teóricas.
- Carpeta.
- Bloc de notas.
- Material fungible (casos prácticos relativos a la especialidad).

MATERIAL DOCENTE

- Material de grabación y reproducción audiovisual.
- Bibliografía.
- Casos prácticos: audiovisual o escrito.
- Documentación y materiales escritos de aplicación real al puesto de trabajo.

Los recursos didácticos se pueden presentar en formato papel o bien en soporte informático, estos últimos ofrecen la ventaja de ser más interactivos y por tanto más atractivos.

Las **tutorías** de la formación presencial pueden a su vez realizarse a través de soporte telefónico, informático (con soporte técnico adecuado) o a través de INTERNET, en este último caso es necesario además la conexión a INTERNET y el alquiler de una plataforma.

FASE IV. ELABORACIÓN DEL PLAN

A. TEMPORALIZACIÓN

B. PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN.

C. SELECCIÓN DE LOS ALUMNOS Y DE LOS DOCENTES.

En esta fase de **programación de la formación** se determina entre otras cosas:

- La duración de los cursos.
- La modalidad de formación (distancia, presencial o mixta).
- La titulación y la formación específica del profesorado.
- Los destinatarios de la formación.
- La evaluación de la formación.
- La certificación de los alumnos.

¿QUÉ ES PROGRAMAR?

Programar implica:

- Plantearse el sentido y los propósitos del proceso de aprendizaje.
- Disponer de los medios, recursos y situaciones para su realización.
- Controlar los resultados obtenidos en relación a los resultados que se pretendían.
- Tomar las decisiones pertinentes para otras programaciones.

PODEMOS DECIR QUE HEMOS PROGRAMADO CUANDO PODEMOS RESPONDER A LAS SIGUIENTES 4 PREGUNTAS:

1. ¿Qué objetivos queremos conseguir? (redefinidos en función de las circunstancias: tipología de los alumnos, características de tiempo y espacio de la acción...).
2. ¿Qué actividades deben realizar los alumnos para conseguir estos objetivos?
3. ¿Cómo organizar estas actividades?
4. ¿Cómo evaluar la eficacia de estas actividades en función de los objetivos?

RECOMENDACIONES

RESPECTO A	VARIABLES	RECOMENDACIONES
Alumno	Número	15 - 20 (no más de 25)
	Edad	A mas edad menos receptivos
	Interés en la materia	Han de considerarla útil
	Actitud frente a la formación	Hay que tener en cuenta una posible obligatoriedad
Materia	Atractivo de esta	Aunque interesa, se han de crear expectativas
	Aplicabilidad de los conocimientos adquiridos	Contenidos prácticos y adaptados a la realidad del alumno
Condiciones físicas	Hora del día y día de la semana	Si es fuera de horario laboral se ha de prever cansancio (no más de 3h por sesión)
	Duración total	No más de 40 horas
	Características del aula	Intentar que sean las adecuadas si es el propio lugar de trabajo
Objetivos	Tipos de objetivo: Cognoscitivos - operativos - afectivos	Se han de considerar los tres
Docente	Habilidades comunicativas	Adaptarse al nivel técnico de los alumnos
	Ayudas didácticas de las que disponemos	Han de ser las necesarias

A. TEMPORALIZACIÓN

En la estructura temporal de la formación debemos contar con 2 aspectos importantes para determinar la duración de la acción:

- Aprovechar al máximo el tiempo en los módulos y contenidos del programa priorizados según las características del colectivo (actividad laboral y sector de actividad).
- Prever la suficiente flexibilidad dependiendo de la dinámica del grupo y del ritmo de aprendizaje, necesidades, expectativas e intereses.

ESTRUCTURA TÍPICA DE UNA SESIÓN

1. Presentación (cuando se trata de la primera sesión)

- Agradecimientos, si procede, a las personas o instituciones que han hecho posible la organización de la acción de formación.
- Presentación del profesor.
- Presentación de los participantes.

2. Integración y objetivos del Programa de Formación (si se trata de la primera sesión) y de la sesión

- Presentación del programa y de la sesión.
- Objetivos globales y específicos de la sesión.

3. Conceptos principales y secundarios de la sesión

- Enunciación del tema y de sus distintas visiones.
- Anotar previamente los ejemplos que se comentarán al explicar el concepto.

4. Integración y conclusiones de la sesión

- Anunciar que la sesión ya está finalizando.
- Resumen de los principales temas o conceptos introducidos en la sesión y de las conclusiones alcanzadas. Principales aprendizajes de la sesión relacionándolos con los objetivos preestablecidos.
- Si no es la última, presentación de la próxima sesión.

B. PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIOS DE CONTROL DE LA EFICACIA DE LA FORMACIÓN:

- Control de la conducta objetivo (especialmente los objetivos operativos).
- Metodología del control (normalmente test de respuesta múltiple).

C. SELECCIÓN DE LOS ALUMNOS

CONOCER EL NIVEL DE PARTIDA

En dos aspectos:

Nivel de conocimientos sobre el tema. Entendiendo por tal, el nivel de conceptos y nociones plenamente asimilado y capaz de ser operativo, es decir, practicarse con eficacia.

Nivel psicológico y social. Entendiendo por tal, la diferenciación individual, el grado de madurez, el tipo de medio ambiente, el tipo de relación.

Debemos tener en cuenta estas 2 opciones:

- ❑ **Plan de empresa:** Desarrollado para una empresa en concreto y adaptado a sus necesidades.
- ❑ **Cursos multiempresa:** Dirigidos a trabajadores de un mismo sector de actividad y si es posible con la misma actividad laboral.

REQUISITOS DE ACCESO

- Nivel académico.
- Nivel técnico o profesional.
- Condiciones físicas.

Propuesta de destinatarios

Profesionales de las diversas disciplinas que atienden a personas en situación de dependencia:

- la medicina,
- la salud mental,
- la enfermería,
- la asistencia social,
- la justicia penal,
- la religión.

Otros profesionales relacionados:

- los investigadores,
- los educadores,
- los encargados de formular las políticas y adoptar las decisiones.

Otros actores de la sociedad como:

- las organizaciones para familiares y usuarios,
- los centros comunitarios,
- los programas de asistencia diurna,
- las escuelas,
- los grupos de autoayuda y de apoyo,
- Personal de banca, comercio, agencias de viajes, etc.

que en su conjunto pueden contribuir a esta labor de educación.

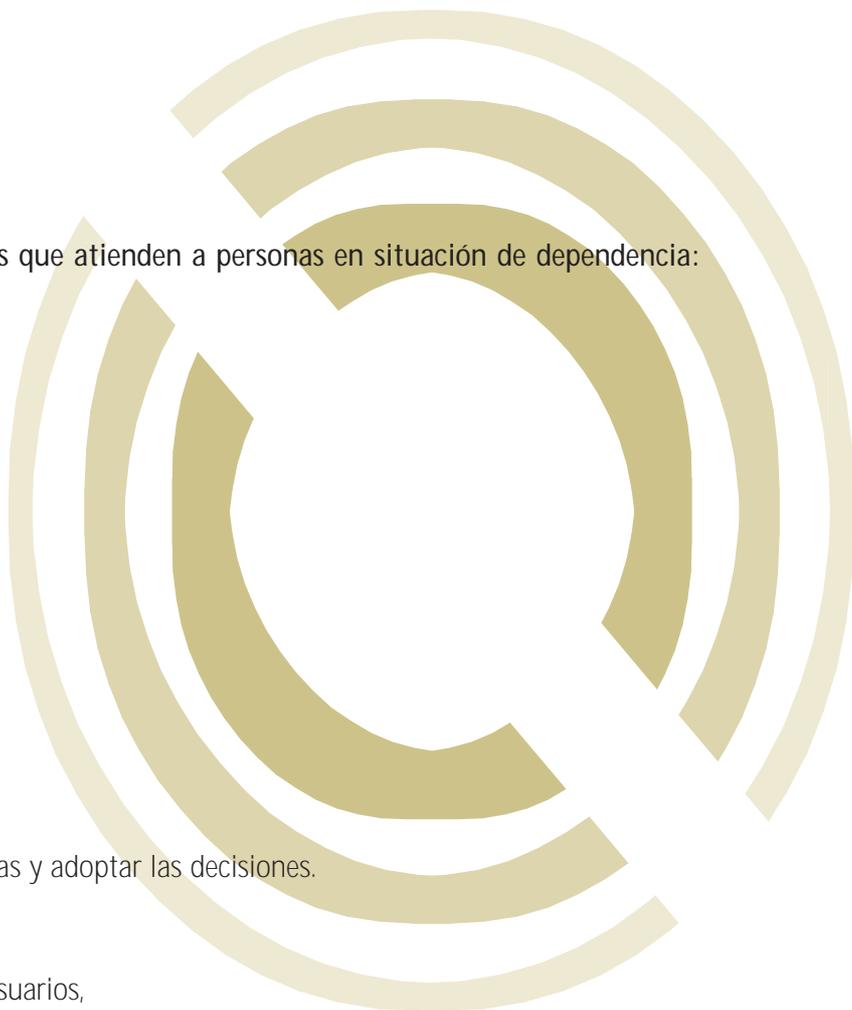
Los **medios de comunicación** son un instrumento de gran valor para sensibilizar a la opinión pública, ya que pueden ayudar a modificar las actitudes actuales hacia las personas mayores y reducir los estereotipos vigentes, transmitiendo una imagen más positiva y dándoles un lugar más destacado.

Perfil de los docentes:

La plantilla de profesores debe estar compuesta por profesionales del sector, con conocimiento en la materia a impartir y especialmente preparados y con experiencia en formación de adultos.

Es el equipo docente el responsable de desarrollar los contenidos temáticos, perfiles y otros aspectos del curso y los adapta a las características de los profesionales.

Criterios de selección:



- **Nivel académico:** Titulados en cada materia específica a impartir.
- **Nivel pedagógico:** con habilidades comunicativas.
- **Experiencia docente** de varios años en formación.
- **Experiencia profesional:** Profesionales en activo de los sectores de referencia.

EFICACIA DOCENTE

Consideraremos la tarea docente eficaz si se dan las siguientes características:

- Los datos y fórmulas que transmiten a los alumnos quedan a disposición de estos para cuando los necesiten, **RECORDAR**.
- Pueden poner en práctica estos datos y fórmulas, **UTILIZAR**.
- Pueden transferir estos datos y fórmulas a otras situaciones, **PROGRESAR**.

FASE V. EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

- A. SELECCIÓN DEL LUGAR DE IMPARTICIÓN.
- B. SELECCIÓN DE MEDIOS MATERIALES.
- C. FINANCIACIÓN.

A. SELECCIÓN DEL LUGAR DE IMPARTICIÓN

Instalaciones adecuadas para cada proyecto, (concertando convenios de colaboración con otras entidades si es necesario).

CRITERIOS

- Proximidad geográfica.
- Condiciones materiales y equipamiento pedagógico necesario.
- Instalaciones del propio centro de trabajo (adecuándolas a las necesidades concretas de cada actividad y con el material audiovisual y didáctico necesario para la impartición).

CARACTERÍSTICAS QUE DEBERÍAN DE CUMPLIR LAS AULAS:

- Capacidad mínima por aula: 15 alumnos.
- Luz natural.
- Aire acondicionado y calefacción.
- Proyector de transparencias y DataShow (pantalla de cristal líquido LCD), si es necesario.
- Pizarra Vileda y/o Paperógrafo.
- TV y Video VHS.
- Acceso para minusválidos.

B. SELECCIÓN DE MEDIOS MATERIALES

ELEMENTOS MATERIALES. Entendiendo como tales los mecanismos que sirven para representar la realidad de forma simbólica.

- Símbolos visuales.
- Esquemas y gráficos.
- Pizarra.
- Fotografías.
- Proyecciones fijas.
- Maquetas.
- Películas cinematográficas.
- Medios sonoros.
- Emisiones televisivas.

ELEMENTOS RELACIONALES: Entendiendo como tales el tipo de relación que creemos conveniente establezcan los alumnos entre ellos mismos y con el profesor.

ELEMENTOS OPERATIVOS: Entendiendo como tales los diferentes tipos de actividad que los alumnos pueden hacer para asimilar los conceptos:

- Experiencias directas.
- Encuestas.
- Demostraciones.
- Trabajos prácticos.
- Experiencias dramatizadas.

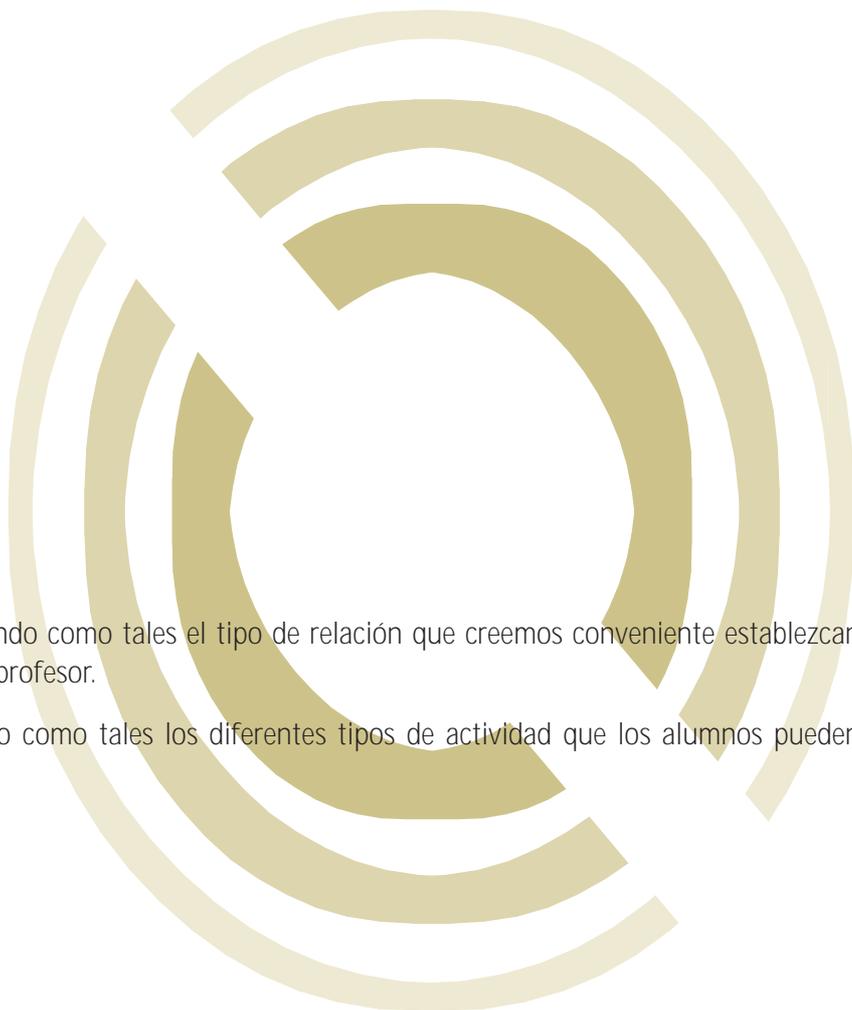
C. FINANCIACIÓN

- PRESUPUESTOS GENERALES DEL CENTRO.
- PARTIDAS ESPECIALES.
- SUBVENCIONES A NIVEL AUTONÓMICO y NACIONAL DE APOYO A LA FORMACIÓN CONTÍNUA.

(éstas marcan a su vez unos criterios de plazos y características de las acciones que se deben respetar para justificar dicha financiación).

TIPOS DE GASTOS EN FORMACIÓN

- GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL.
- COORDINACIÓN PEDAGÓGICA Y DOCENTE.
- DOCENCIA Y TUTORÍAS.
- DESPLAZAMIENTOS Y DIETAS: ALUMNOS Y DOCENTES.



- MATERIAL DIDÁCTICO: MANUAL ALUMNO Y MATERIAL.
- FUNGIBLE.
- AULAS Y EQUIPAMIENTO.
- CERTIFICACIÓN.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL:

- Mailing, anuncio –de ser necesario–.
- Confección del listado de admitidos.
- Control de ingreso de las cuotas alumno.
- Expedición de las correspondientes facturas.
- Reproducción y envío del material.
- Contacto telefónico con alumnos.
- Gestión económica en general, (que incluye gestión de las subvenciones si es el caso).

COORDINACIÓN PEDAGÓGICA Y DOCENTE

- Programación de cursos con empresas según sector: seguimiento y contacto telefónico con el responsable de la demanda de formación derivada del mailing.
- Preparación del presupuesto, adaptación de contenidos al sector y actividad laboral alumnos y selección de docentes.
- Programación cursos abiertos: selección docente y de perfil de destinatarios.
- Control de documentación a entregar al alumno: preparación y envío de dossier de alumnos y cuestionario de evaluación.
- Selección y disponibilidad de aulas para cursos abiertos, adecuación del aula a los requisitos pedagógicos de los cursos.

DOCENCIA Y TUTORÍAS:

- Impartición.
- Preparación y selección de material didáctico específico para cada curso si es necesario.
- Seguimiento de las tutorías.
- Control de asistencia.
- Pasación y corrección de los cuestionarios de evaluación para la certificación y de valoración de la formación.

DESPLAZAMIENTOS Y DIETAS: ALUMNOS Y DOCENTES

- Kilometraje entre el punto de origen y el lugar de impartición o billete del transporte público.
- Peajes y medias dietas en cursos de jornada completa.

MATERIAL DIDÁCTICO: MANUAL ALUMNO Y MATERIAL FUNGIBLE

- Carpetas, libreta, bolígrafo.
- Dossier de apuntes.
- Material práctico.

AULAS Y EQUIPAMIENTO

- Aulas con el tamaño necesario para el nº de alumnos.
- Equipos informáticos.
- Cañón de retroproyección, retroproyector de transparencias, TV y video.
- Pizarra.

CERTIFICACIÓN

Colaborar con las Administraciones y órganos de control competentes en las acciones de evaluación y actuaciones de Seguimiento y Control que se desarrollen, respecto de las Acciones formativas:

- Informe de realización de cursos.
- Memoria de las actividades realizadas a la administración competente.

Elaboración y entrega (recogiendo Recibí) de los Certificados de las acciones formativas individual a los alumnos y colectivo a las empresas y/o centros.

FASE VI. EVALUACIÓN

COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN

- Evaluación del docente versus el alumno.
- Auto evaluación del propio alumno.
- Coevaluación (evaluación del equipo).
- Evaluación del grupo.

TIPOS DE EVALUACIÓN

Por el momento de realizarla	Previa	
	Parcial	
	Final	
Por la actividad que evalúa	Individual	Aprendizaje
		Participación
		Actitud
	Equipo	Trabajo de equipo
		Aplicación de conocimientos

EVALUACIÓN DE LOS APRENDIZAJES

Valorar el nivel de rendimiento, en función de los objetivos previstos en la programación.

Evaluación integral: Valoración del rendimiento del alumno, teniendo en cuenta todos los factores de proceso de aprendizaje: conocimientos, habilidades, actitudes, valores.

PLAN DE EVALUACIÓN

- ¿Cuándo evalúo?= fecha
- ¿Cómo evalúo?= actividades de evaluación
 - Diagnóstica: al inicio (planificación)
 - Formativa: A lo largo del curso (seguimiento)
 - Sumativa: Al final (certificación)
- ¿Por qué evalúo?= objetivos operativos (ya establecidos)
- ¿Con qué evalúo?= instrumentos: prueba corta oral o escrita, ejercicios, trabajo escrito, cuestionario
- ¿Qué evalúo?= contenidos (por módulos, unidades didácticas)
- ¿Cuánto evalúo?= %, puntaje (escala de estimación, criterios de corrección)

CONTROL DE CALIDAD DE LA DOCENCIA

DOBLE VERTIENTE:

- a. Por un lado apreciar la labor de los alumnos.
- b. Por otro lado comprobar la eficiencia del docente.

ELEMENTOS DEL CONTROL:

- Pruebas objetivas.
- Resolución de problemas.
- Pruebas orales.
- Exámenes escritos.
- Preguntas directas en clase.
- Ejercicios de Autocontrol por los alumnos.

SISTEMA DE EVALUACIÓN MODALIDAD PRESENCIAL

1. FASE: Antes del inicio del curso

- El coordinador juntamente con los docentes, revisarán el programa teórico-práctico para cerrarlo definitivamente, adaptando este al perfil de entrada del alumnado.
- Selección y preparación si es preciso de los materiales didácticos necesarios y documentación a entregar al alumno.

2. FASE: Al inicio del curso

- Se hará una presentación del curso: contenidos, calendario, docentes.
- Si el docente lo estima necesario se hará una prueba de nivel para adecuar el grado de dificultad de los contenidos al grupo.
- Cuestionario de conocimientos previos (necesario para valorar la prueba de aprovechamiento).

3. FASE: A lo largo del curso

- Cada docente hará un informe final de su participación evaluando a los alumnos y al grupo: asistencia, aprovechamiento, actitudes, participación, entre otros ítems.
- Se hará un seguimiento de la asistencia, las bajas y motivos de estas, aunque no se certificará a aquellos alumnos que no hayan asistido al 100% de las clases.

4. FASE: Al final del curso, Evaluación final

- Coordinador: Informes finales de docentes
- Alumnos: Prueba de aprovechamiento (cuestionario de evaluación). Se puede exigir o no una puntuación determinada, salvo indicaciones expresas del docente que ha desarrollado el curso y en casos excepcionales.
- El docente hará adicionalmente la valoración del aprovechamiento del curso con respecto a los contenidos específicos para cada actividad laboral en referencia a las características del grupo.
- Cuestionario de satisfacción del alumno.

5. FASE: Formación adicional (en el caso de no superar la prueba de aprovechamiento)

- La formación adicional consiste normalmente en el desarrollo de ejercicios prácticos, individuales, guiados por el docente, respecto al módulo al cual hacen referencia los ítems que no se han respondido correctamente.
- Alumnos: Prueba de aprovechamiento (cuestionario de evaluación).

SISTEMA DE EVALUACIÓN MODALIDAD SEMI-PRESENCIAL

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN basados en formularios de fácil interpretación con presentación automática y aleatorio para el alumno en función del tema estudiado.

Los ejercicios tipo test son de respuesta múltiple, de ordenación, de rellenar huecos, de relacionar conceptos... y los exámenes de calificación final están basados en varios juegos de preguntas aleatorias, de preguntas concretas o por conceptos, siempre ayudadas por presentaciones gráficas, diseños, diagramas explicativos.

BATERÍAS DE PRE-TEST que permiten al mismo autoevaluarse y de esta manera conocer de primera mano el nivel que va asumiendo en cada momento. Asimismo le permitirá optimizar el tiempo de conexión al curso, reforzando de paso la motivación para seguir con el mismo, punto éste que según las estadísticas es uno de los factores clave para la continuidad del alumno y su posterior aprovechamiento de los contenidos del mismo.

MANUAL DE GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS CURSOS

IMPRESOS	ACTIVIDAD	MOMENTO
✂ Ficha de curso	El coordinador del curso rellenará una por curso	ANTES DEL INICIO DEL CURSO
✂ Informe de actividades formativas a la administración competente	Envío de la ficha de curso	ANTES DEL INICIO DEL CURSO
✂ Preparación del manual alumno y resto de documentación	El coordinador preparará el material para el curso: Manual del alumno, ejercicios de evaluación, ficha del alumno, parte de asistencia, cuestionario de valoración del alumno y final del docente.	ANTES DEL INICIO DEL CURSO
✂ Ficha del alumno	Rellenarán 1 por alumno al comienzo del primer curso al que asistan.	INICIO DEL CURSO
✂ Ficha del docente	Rellenarán 1 por docente al comienzo del primer curso que impartan acompañando C.V.	INICIO DEL CURSO
✂ Parte de asistencia y control de tutorías	Una por curso	DURANTE EL CURSO
✂ Cuestionario de valoración de alumno	Cada alumno rellenará 1 cuestionario al finalizar el curso.	FINAL DEL CURSO
✂ Ejercicios de autoevaluación (prueba)	Cada alumno pasará 1 cuestionario al finalizar el curso.	FINAL DEL CURSO
✂ Cuestionario de valoración del docente	Cada docente rellenará 1 cuestionario al finalizar el curso.	FINAL DEL CURSO
✂ Certificado y recibí	Se realizará un certificado por alumno según modelo, el Recibí lo firmará cada alumno y quedará archivado con el resto de documentación del curso	FINAL DEL CURSO
✂ Certificado colectivo de empresa	Se realizará por curso un certificado colectivo	FINAL DEL CURSO
✂ Informe de asistencia y memoria de actividades formativas a la autoridad competente	Anual con todos los cursos realizados	ANUAL

II Parte

TALLER DE ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA EN VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

IMSERSO celebrado los días 21 y 22 de Junio de 2007

Hasta la fecha se han evaluado pocos programas de intervención sobre el maltrato a personas en situación de dependencia. Por lo tanto, no se puede determinar cuáles son las estrategias que han tenido mayor éxito. Los intentos de valorar la eficacia de los diversos proyectos se han visto obstaculizados por la falta de definiciones comunes, la diversidad de explicaciones teóricas, el poco interés por parte de la comunidad científica y la falta de financiamiento para la realización de estudios rigurosos en la comunidad.

En distintos países se han elaborado una variedad de respuestas para combatir los distintos tipos de maltrato de los diferentes colectivos de personas dependientes: personas mayores, discapacitados, etc..., entre las cuales figurarían programas de sensibilización del público, legislación nueva, acciones judiciales y programas de intervención y prevención.

La intervención depende de la disposición de recursos, pero en general, las respuestas al maltrato de las personas dependientes se han centrado en actividades de sensibilización y comprensión del problema, de promoción del respeto y la dignidad de estas personas y, de protección de sus derechos.

La Intervención sobre el maltrato debe seguir al menos las siguientes fases:

- Detección. Documentar daños anteriores y actuales.
- Valoración de caso. Análisis cognitivo, emocional, etc.
- Intervención multifactorial.
- Seguimiento.

Y se debe dar necesariamente en las siguientes condiciones:

- Interdisciplinariedad.
- Reconocimiento de casos y complejidad del problema.
- Formación sobre la dependencia y cuidados.
- Información sobre ayudas técnicas y servicios.
- Orientación.
- Ayuda inmediata.
- Libertad de decisión personal de la persona dependiente (amplia información sobre sus derechos).

En resumen, no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de instrumentos para el cribado rutinario de maltrato en personas en situación de dependencia, no obstante, para el IMSERSO es aconsejable estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia, así como incluir herramientas en el curso de la asistencia a dichos colectivos en la labor cotidiana de los profesionales responsables para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente dando prioridad a aquellas personas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Imma Miralles García

Psicóloga clínica.

Máster en gerontología social.

Directora técnica, coordinadora y docente de Foro Técnico de Formación.

Coordinadora de las "Jornadas de prevención e intervención en malos tratos a personas en situación de dependencia" de IMSERSO y del curso de "Detección y abordaje de los malos Tratos en las personas mayores" para el SERVICIO RIOJANO DE SALUD.

Ponente del Programa de Intervención Técnica y Prevención de Maltrato en Personas Mayores Escuela Internacional de Gerontología A CORUÑA y entre otros cursos y jornadas

PONENTES

Antonio Yuste Marco

Médico geriatra.

Director Médico Hospital Sant Antoni Abad (Cataluña).

Miembro de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Co-autor de la diaria elaborada por el IMSERSO "Malos tratos a personas mayores: guía de actuación".

Ha intervenido como ponente en diversos cursos y jornadas nacionales e internacionales en materias relacionadas con el maltrato a personas mayores.

Domingo Quintana Hernández

Licenciado en Psicología.

Diploma de Estudios Avanzados en Psicología Clínica. Área de investigación: Intervención psicogerontológica y calidad de vida en personas mayores.

Director y coordinador de diferentes Centros Residenciales en Canarias (Tenerife y Lanzarote).

Secretario Académico y responsable de la formación práctica del Máster Universitario en Psicogeriatría y Gerontología Social de la Universidad de La Laguna.

Miembro de la sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Mª José Frutos Frutos

Diplomada en Trabajo Social.

Trabaja en FUNDOWN desde febrero de 1997, actualmente es responsable de la Dirección de Programas de FUNDOWN.

Ha participado en el desarrollo del MANUAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA de la Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia.

José Juan García Ruiz

Licenciatura en Ciencias Políticas-Especialidad Administración Pública y Licenciatura en Sociología-Especialidad Sociología Industrial.

Diversos puestos ocupados como funcionario del Cuerpo de Gestión de la Administración Civil del Estado y del Cuerpo Técnico de Gestión de la Comunidad de Madrid.

En la actualidad Coordinador Técnico Centro Base Atención a Discapacitados nº 2, Consejería de Servicios Sociales Comunidad de Madrid.

UTILIZACIÓN DEL MANUAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA DE LA CONSEJERÍA DE TRABAJO Y POLÍTICA SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

M^a José Frutos
Diplomada en Trabajo Social

DESCRIPCIÓN

Vamos a poner en práctica una sesión formativa del Manual.

En el caso del colectivo de personas con discapacidad, la detección suele hacerse por profesionales a partir de la observación directa. La aplicación del Manual es la que más información nos va a ofrecer, al crear un espacio de reflexión tranquila (sin juicios de valor, sin acusaciones, sin agresividad,...) sobre este tema. Mucho mejor que el uso de cuestionarios o de información que la persona reciba de manera independiente en su casa.

Es necesario este ambiente tranquilo para que se pueda hablar ya que, para las personas con discapacidad intelectual, la denuncia expresa es más difícil que para las personas sin discapacidad por varios motivos:

- a) En muchas ocasiones no son capaces de asumir una situación de maltrato.
- b) Tienen menos referentes en los que fijarse: en ocasiones el maltrato convive con ellos/as desde su nacimiento.
- c) El maltrato y la sobreprotección tienen diferencias de matiz que resulta difícil distinguir.
- d) Tienen aún menos recursos para ser independientes y denunciar.
- e) Tienen una percepción parcial del maltrato.
- f) Resulta más fácil que la persona que maltrata manipule la situación.

OBJETIVO

Poner de manifiesto nuestras habilidades y limitaciones personales para explicar el concepto del maltrato a personas con discapacidad intelectual.

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

Eres un/a profesional educador/a de un grupo de diez personas con discapacidad intelectual. Todas ellas saben leer y escribir. Es un grupo dinámico y participativo, con muchas ganas de aprender cosas nuevas.

- **TIPO DISCAPACIDAD:** Tiene una inteligencia límite o retraso mental ligero.
- **EDAD:** Tienen entre 16 y 25 años.
- **SITUACIÓN SENTIMENTAL:** Hay quien tiene pareja y quien no la ha tenido nunca.
- **SITUACIÓN DE RESIDENCIA:** La mayoría viven en casa de su familia, aunque también hay quienes viven en una residencia.
- **SITUACIÓN LABORAL:** Hay dos que trabajan en una empresa ordinaria, dos que trabajan en Centro Especial de Empleo, dos que están en cursos de Formación Profesional y cuatro que están en un Centro Ocupacional.
- **ANTECEDENTES DE MALTRATO:** No se conocen.

Debes planificar una sesión formativa sobre un módulo del Manual: 04 "Tipos de Maltrato: Físico, psicológico y Sexual".

ACTIVIDAD 1: DISTINGUIR ENTRE MALTRATO Y NO MALTRATO

Trabajo individual:

Tienes tres folios de color rojo y tres de color verde.

Escribe en cada hoja un ejemplo que te interese trabajar en el aula con el grupo:

- tres ejemplos de lo que sí es maltrato (uno de físico, otro de psíquico y otro de sexual) en las hojas de color rojo,
- tres de lo que no es maltrato (uno de físico, otro de psíquico y otro de sexual) en las de color verde.

Cada caso debe ir en formato de historia, con unos personajes y un contexto y en los términos en los que se lo contarías a una persona con discapacidad para hacerle reflexionar.

Por ejemplo:

Carlos es un amigo tuyo como carpintero desde hace tres años. Al principio, él estaba muy contento pero desde hace unos meses se siente triste. No quiere ir al trabajo.

Un día le preguntas qué le pasa y él te cuenta que un compañero le quema continuamente a propósito con el cigarrillo cuando no mira nadie y no lo quiere comentar en la empresa por si le echan del trabajo.

No firmes el papel.

Trabajo grupal:

Nos vamos a organizar en grupos de cinco personas. Cada una recibirá una responsabilidad con relación al grupo.

Tenéis que poner en común cada uno de los ejemplos y **BUSCAR EL CONSENSO** para seleccionar un ejemplo de cada tipo.

Los ejemplos individuales deben ser analizados desde un punto de vista crítico por la persona responsable de cada norma (ver apartado siguiente).

Aquellos ejemplos que tengan algún tipo de objeción deben llevar escrito por detrás el número correspondiente a la norma o normas que no cumple o que tenéis dudosas.

NORMAS A SEGUIR EN EL TALLER

Escoger en cada grupo a una persona responsable de cada norma:

1. **No utilizar un lenguaje sexista.** La cuestión del género está de trasfondo en la violencia, aunque la discapacidad intelectual tiene unos matices algo diferentes. Mujeres y hombres tanto como víctimas y como agresores/as. Intenta encontrar términos genéricos. ¡¡Suerte!!
2. Utilizar **muchos ejemplos en muchos contextos:** el maltrato a las personas con discapacidad intelectual tiene mucha más incidencia en otros ámbitos distintos al de la pareja que en personas sin discapacidad
3. **No crear alarma** a la hora de determinar la fina línea que separa la sobreprotección y el maltrato.
4. **Lograr clarificar conceptos:** esforzarse para que al alumnado le quede claro. No poner ejemplos tan simples que no dejen nada en claro.
5. **Utilizar un lenguaje positivo.** No lacrimógeno. No desagradable. Y que evite la contaminación de nuestra historia personal (prejuicios, antecedentes, etc.)

DETECCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS DEPENDIENTES

José Juan García Ruiz
Director del Centro Base de atención a discapacitados

CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE MALTRATO

Definiciones

A falta de una definición universal aceptada, las definiciones actuales de los malos tratos contra las personas dependientes reflejan distinciones entre lo que se considera aceptable e inaceptable en materia de comportamiento interpersonal y comunal en diferentes sociedades.

Las percepciones y definiciones de la violencia y los malos tratos contra las personas dependientes varían según las distintas sociedades y dentro de una misma sociedad.

Una definición del maltrato de las personas dependientes que intenta tomar en cuenta esta variedad considera abusivo cualquier acto único o repetido, o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia a una persona dependiente.

Este tipo de definición de maltrato de las personas dependientes ha ido ganando apoyo en los últimos 20 años y excluye:

- La mera percepción de desigualdad en las proyecciones vitales de las personas.
- La diferencia de actitudes y capacidades y en consecuencia su desigual crecimiento personal y social.
- La resolución "no pacífica" de los conflictos que se derivan de las relaciones de poder respecto a objetivos personales competitivos y excluyentes.
- La relectura retrospectiva justificativa de las carencias percibidas en cualquier momento de nuestro desarrollo vital cuya justificación se imputa linealmente a terceros.

PERSPECTIVAS DE ABORDAJE DEL MALTRATO EN LOS PROFESIONALES

Ante una situación de maltrato entran en juego tres dimensiones:

- 1.- **La dimensión emocional:** es imposible mantenerse impasible ante situaciones de sufrimiento; es muy difícil que no nos afecte emocionalmente la violencia o el abandono.
- 2.- **La dimensión intelectual o racional:** se podría decir que entra en juego la cabeza; es cuando comenzamos a preguntarnos por qué, o cómo es posible que determinadas personas, por ejemplo, traten así a personas dependientes; tenemos una necesidad de buscar el origen, las razones de los comportamientos, y sabemos que en los casos de maltrato las razones no siempre son fáciles de explicar. Esta dimensión racional es la que permite la elaboración de las hipótesis, fundamentales para entender qué es lo que ha originado y mantiene el maltrato.
- 3.- **La dimensión de la actuación:** hay que actuar, de un modo u otro, para evitar que se produzca el daño o que éste vaya a más, o para rehabilitar los daños producidos en la persona dependiente. Esta actuación estará modulada por la responsabilidad, el rol, el compromiso personal, por las posibilidades de cada persona.

En definitiva, trabajar con familias en las que existen situaciones de maltrato exige mucho esfuerzo y compromiso personal; en ocasiones puede suponer un gran estrés; al fenómeno más conocido de "síndrome de tensión y agotamiento profesional o Burn out" se une ahora el fenómeno de traumatización vicaria en los profesionales por el hecho de estar expuestos al sufrimiento del otro de forma continua o prolongada.

TIPOLOGIA DEL MALTRATO A PERSONAS DEPENDIENTES

Se va utilizar la clasificación que distingue entre maltrato activo y pasivo. A esta clasificación se ha añadido la categoría de otros tipos a fin de incluir otros malos tratos que también son importantes.

- Físico.
- Emocional.
- Abuso Físico.
- Abuso Sexual.
- Abuso Emocional.
- Malos tratos activos.
- Malos tratos pasivos.
- Negligencia Física.
- Negligencia Emocional.
- Explotación Laboral.
- Maltrato Institucional.

Otros tipos de malos tratos

Hay que llamar la atención de que ésta es una clasificación que intenta cartografiar la realidad (y en este sentido no hay que olvidar que el mapa no es territorio ni el nombre la cosa); la realidad luego se encarga de mezclar y complicar las cosas y demostrarnos que un maltrato casi nunca se presenta solo; de ahí que sea más adecuado hablar de situaciones de desprotección o acciones de maltrato ya que nos remiten a situaciones más dinámicas y complejas, y, al mismo tiempo, más concretas, lo que facilita el abordaje y tratamiento de las mismas.

DEFINICIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MALTRATO

Se deben resumir las anteriores tipologías en cuatro categorías:

a) **Los malos tratos físicos:** pueden ser actos únicos o repetidos, o situaciones prolongadas. Estas últimas incluyen cualquier restricción o confinamiento inapropiados que provoquen dolor o lesiones corporales. Las consecuencias del maltrato físico incluyen indicadores físicos y manifestaciones psicológicas visibles, como una disminución de la movilidad, confusión y otro tipo de alteraciones del comportamiento.

b) **Los malos tratos emocionales o psicológicos,** o la agresión verbal crónica, incluyen palabras e interacciones que denigran a las personas dependientes, y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima. Este tipo de maltrato se caracteriza por:

- la falta de respeto por la intimidad y las pertenencias de la persona dependiente,
- la falta de consideración de sus deseos,
- la negación del acceso a sus allegados,
- la desatención de las necesidades sociales y de salud de la persona.

Los indicadores de que se están cometiendo malos tratos emocionales pueden incluir diversas manifestaciones psicológicas como el miedo, la dificultad para adoptar decisiones, la apatía, el aislamiento y la depresión.

c) **La explotación económica,** o los malos tratos materiales, incluyen:

- el uso ilegal o indebido, o la apropiación indebida de la propiedad o las finanzas de una persona dependiente,
- la modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos,
- la negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales,
- los timos financieros y otros tipos de fraude.

d) El **abandono** es la falta de acción para atender las necesidades de una persona dependiente, y puede manifestarse de la siguiente forma:

- al no proveer alimentos adecuados, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo para vivir y unas buenas condiciones de atención médica e higiene personal,
- al privar a la persona de contactos sociales,
- al no proporcionar recursos auxiliares cuando éstos se necesitan,
- al no impedir los daños físicos o al no prestar la supervisión necesaria.

La persona encargada del cuidado de una persona dependiente puede no atender a las necesidades de ésta debido a la falta de información, capacidad, interés o recursos.

Los indicadores del abandono incluyen una variedad de síntomas de malestar físico como, por ejemplo, la palidez, la sequedad de los labios, la pérdida de peso, la suciedad de la ropa, los temblores, la falta de recursos auxiliares, la mala higiene corporal, la incontinencia, las llagas en la piel y la boca y el deterioro físico y mental.

El abandono también puede asociarse con el aislamiento y la sobremedicación.

En algunas tipologías más amplias se menciona el autoabandono, que consiste en una serie de comportamientos que representan una amenaza para la salud o seguridad de una persona dependiente, como un impedimento físico o cognitivo, y que llevan a una capacidad limitada para cuidar de sí mismo o mantenerse en buena salud.

La depresión y unas condiciones de vida precarias pueden ser indicadores de autoabandono.

Otros tipos de malos tratos que se enmarcan dentro de las categorías precedentes o se consideran variantes de éstas, incluyen:

- Los abusos sexuales, es decir, todo contacto sexual sin consentimiento, incluidos la violación, el atentado al pudor y el acoso sexual por parte de los encargados de cuidar de la persona dependiente. Los abusos sexuales resultan particularmente graves cuando la víctima no puede comunicarse bien o es incapaz de protegerse, ya sea por motivos físicos o ambientales.
- Las agresiones sexuales suelen clasificarse dentro de los abusos físicos.
- Los malos tratos conyugales pueden entrañar maltrato físico, emocional y sexual, explotación económica y abandono en una relación de toda la vida o reciente.
- El abuso de medicamentos significa el uso indebido, ya sea deliberado o accidental, de medicamentos recetados por el médico u otro tipo de medicamentos, que puede deberse a la negación de un medicamento necesario o la administración del medicamento en dosis que puedan sedar o provocar daños físicos a la persona dependiente.
- La deserción de las personas dependientes por parte de individuos que tenían o habían asumido la responsabilidad de cuidar de estas personas.
- La pérdida de respeto, que es percibida por las personas dependientes en comportamientos irrespetuosos, deshonrosos o insultantes.
- Los malos tratos sistémicos comprenden la marginación de las personas dependientes mediante su ingreso en instituciones, o mediante la aprobación y aplicación de determinadas políticas sociales y económicas, y conducen a la distribución desigual de los recursos y a la discriminación en la provisión y prestación de servicios.

- La violencia económica con el fin de obtener el control de los bienes de las personas dependientes puede, en algunos contextos, verse agravada por la existencia de estructuras económicas, sociales y políticas que toleran o fomentan indirectamente la violencia.
- Las personas dependientes están particularmente expuestas a la violencia económica debido a su debilidad física y a su poca capacidad para protegerse contra la violencia. En los casos en que tienen bienes importantes para el bienestar de un hogar, como una pensión o un título de propiedad de una vivienda, a veces son presionadas para que renuncien a sus derechos sobre estos bienes.
- La violencia social o doméstica contra las personas dependientes se produce en el contexto de una descomposición de las relaciones sociales entre la persona dependiente y su familia o de una falta de armonía familiar.
- El grado en que ocurre depende de las normas socioculturales sobre lo que constituye una conducta aceptable, la importancia de los valores familiares y las ideas sobre el envejecimiento imperantes en la sociedad.
- La violencia en la comunidad afecta a las personas dependientes a través del miedo generalizado que aumenta su propia sensación de inseguridad, así como de los actos de violencia directa.

En síntesis relacionaremos siempre los tipos de maltrato y sus indicadores con dos modelos de percepción e interpretación de la realidad social que deben de ser conocidos para poder "**LEVANTAR EL VELO**" que encubre el maltrato:

- a) el modelo ecológico,
- b) el modelo cognitivo racional.

El primero de ellos es fundamental y muy de actualidad en España y los países desarrollados, donde conviven grupos sociales y personas insertas en los mismos que se adscriben en el terreno de las creencias a pautas de comportamiento grupales cuya lógica interna justifica antropológicamente relaciones de desigualdad que no pueden en ningún caso ser limitadoras de las responsabilidades sobre los actos propios en una sociedad democrática defensora de los derechos humanos.

El modelo cognitivo-racional también se presenta como "un velo" que hay que levantar y consiste en la explicitación y justificación racional a posteriori de "las razones" que explican los comportamientos y consecuencias de vivencia de sumisión por parte de cualquier ciudadano.

La detección del maltrato de las personas dependientes depende de la concienciación, el conocimiento y la comprensión de este problema, así como del reconocimiento de los indicadores y los efectos manifiestos de los malos tratos.

Tanto los profesionales como los legos en la materia pueden no detectar los abusos si presuponen que cierto comportamiento o estado físico de una persona dependiente se debe únicamente a su salud o limitación de capacidad residual.

Sin una concienciación al respecto, sólo podrán llamar la atención los casos graves de maltrato.

Las personas dependientes que son víctimas de malos tratos y no utilizan los servicios médicos o sociales difícilmente pueden hacerse visibles. Además, existen barreras psicológicas y de situación a la hora de denunciar que se está siendo víctima de malos tratos.

La motivación para ocultar este problema puede derivar del miedo a ser ingresado en una institución o a sufrir represalias, el deseo de proteger al autor de los malos tratos de las consecuencias de sus actos, la sensación de deshonra y de vergüenza y la percepción por parte de la víctima de que los malos tratos son algo normal o merecido. Por último, las personas con impedimentos cognitivos o con poca capacidad de comunicación muchas veces no pueden expresar verbalmente o informar con claridad sobre los incidentes de maltrato.

Por ello debemos de excluir que no hay maltrato en tres supuestos:

- a) Cuando la familia o unidad de convivencia no se define como de riesgo psico-social.
- b) En los supuestos en que la víctima y el victimario asumen la resistencia y la negación de los hechos.
- c) La no existencia de comportamiento abusivo y/o negligente sin más no explícita que no se den situaciones de maltrato.

RIESGOS DE LA ENTREVISTA COMO SISTEMA DE DETECCIÓN DEL MALTRATO

De las patologías descritas por CIE-10 consideramos dos especialmente adecuadas para identificar y perfilar al falso denunciante como paranoide y disocial, tanto por su querulancia activa, como por su amoralidad, intentando obligar a los demás a respetar unas normas legales que él mismo no respeta. En muchos casos, el falso denunciante es perfectamente capaz de denunciar falsamente los delitos que él mismo comete, incluso hasta llegar al temible pero bien conocido síndrome del "bombero pirómano".

Las psicopatías y sociopatías características del falso denunciante no sólo se definen por sus incompatibilidades excluyentes. El paranoide no delira, sino que "conspira contra supuestas conspiraciones", y el sociópata no es emotivo, sino que permanece impassible ante el daño causado que él mismo nunca soportaría. La intolerancia, entendida como todo aquello que el indeseable se permite a sí mismo, pero no permite a los demás, es lo opuesto a la tolerancia, como aquello que no nos permitimos a nosotros mismos, pero que aceptamos, o al menos "toleramos", si lo hacen otros, pese a que no nos agrade.

Estas dos patologías, con su intolerancia, enmarcan de alguna manera al falso denunciante, generalmente dotado de una gran inteligencia orientada a la perversión, por lo que nunca conviene despreciar o ignorar su malicia, y es aconsejable hacerle frente con decisión y contundencia, sin concesiones de ningún tipo, hasta conseguir una confesión documentable a efectos legales, y un reconocimiento expreso hasta la satisfacción de los perjudicados, porque por lo general, el falso denunciante interpreta como una victoria cualquier gesto del denunciado, o cualquier diligencia del instructor.

Esta mayor inteligencia suele servir para perfeccionar su "solipsismo probatorio" en el muy intencionado sentido de crear y cerrar círculos indemostrables, buscando deliberadamente dejar al denunciado ante un cúmulo de pruebas diabólicas de hechos negativos en procesos inquisitoriales mientras se cultiva el apoyo de la autoridad judicial y policial.

En términos puramente clínicos, la clasificación CIE-10 define los dos tipos que mejor enmarcan la personalidad y la conducta del falso denunciante:

Trastorno paranoide de la personalidad es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- b) Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- c) Suspiciousidad y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutras o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
- d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
- e) Predisposición a los celos patológicos.
- f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante.
- g) Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye:

- Personalidad expansiva.
- Personalidad paranoide.
- Personalidad sensitiva paranoide.
- Personalidad querulante.
- Trastorno expansivo de la personalidad.
- Trastorno sensitivo paranoide de la personalidad.
- Trastorno querulante de la personalidad.

Excluye:

- Esquizofrenia.
- Trastorno de ideas delirantes.
- Trastorno disocial de la personalidad

Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:

- a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
- b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
- c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
- d) Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
- e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
- f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye:

- Trastorno de personalidad sociopática.
- Trastorno de personalidad amoral.
- Trastorno de personalidad asocial.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Trastorno de personalidad psicopática.

Excluye:

- Trastornos disociales.
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Otra clasificación de interés establece tres grupos entre los trastornos específicos de la personalidad atribuible al denunciante falso:

- a) es en el que se incluyen los extraños o los excéntricos; paranoides, esquizoides y esquizotípicos,

- b) los teatrales, emotivos y volubles; antisocial, límite, histriónico y narcisista,
- c) los que parecen ansiosos y temerosos: evitación, dependencia, y obsesivoscompulsivos.

Las denuncias falsas pueden encuadrarse en el "juego patológico" como un "trastorno del control de los impulsos" no clasificado en otros apartados, porque si buscan con afán la notoriedad, inmediatamente dan la máxima difusión a su alcance a la denuncia.

El Dr. José Antonio García-Andrade, en "Psiquiatría Criminal y Forense" sostiene que "el psicópata fanático es aquel que tiene unas ideas sobrevaloradas, que ejercen una acción tiránica sobre el campo de la conciencia, por su permanencia y gran carga afectiva, de tal manera que muchas veces no sabemos en presencia de quien estamos: si ante un idealista apasionado que por sus ideales es capaz de sacrificar su vida o su porvenir; en presencia de un fanático que tiene unas ideas sobrevaloradas; o bien ante un paranoico con su vivencia delirante, puesto que en ocasiones es muy difícil establecer las fronteras entre unos y otros".

Si no fueran tan serias y peligrosas las imputaciones penales de las denuncias falsas, el mejor antídoto contra el veneno psicológico y sociológico del querulante sería el humor. Un buen chiste enfurece al paranoide hasta dejarlo en evidencia. Una broma bien medida puede ser la mejor prueba de que nos encontramos ante un enfermo mental con perversas intenciones policiales y judiciales.

En nuestra opinión, desde una perspectiva criminológica, se aprecia el llamado "efecto drácula" en la mayoría de los querulantes porque suelen haber sido a su vez denunciados anteriormente, siendo muy interesantes los detalles y la historia de las experiencias que ha tenido el denunciante falso con la Justicia y la policía, porque el descubrimiento del arma que para él supone una oficina de denuncias suele iniciarse desde el otro lado, cuando el querulante ha experimentado por sí mismo la intranquilidad y las molestias de una imputación criminal.

Muchos querulantes se derrumban sólo ante la pregunta ¿es la primera vez que Vd. denuncia algo así?, porque saben perfectamente que tirando de ese hilo argumental acabarán completamente desacreditados. También es un punto psicológicamente débil en los falsos denunciadores la envidia patológica que sienten por los méritos, la reputación o alguna de las posesiones de la víctima.

También existen denunciadores falsos con auténticos complejos de inferioridad hacia el denunciado falsamente. A veces se tarda más en que un juez descubra que el denunciante es tonto y torpe, incapaz de disimular su envidia, de lo que tardaría en percatarse de que se trata de un inteligentísimo querulante profesional. Las personas con más éxito tienen un prudente temor hacia cualquier signo de envidia, porque saben que pueden acabar difamadas, o incluso denunciadas. Los mitómanos llegan a denunciar con una falsedad que raya en el delirio, pero no por ello dejan de ser peligrosos. A veces la admiración y el afecto se transforman rápidamente en infundios, calumnias y denuncias.

Tampoco es inusual que los denunciadores no sean personas físicas, sino jurídicas, porque hay empresas y asociaciones que declaran no tener ánimo de lucro, cuya principal actividad, y su mayor fuente de ingresos, está directamente relacionada con los pleitos. En la práctica, algunos querulantes exitosos llegan a consolidar una auténtica organización empresarial o asociación tras la cual orientan sus denuncias hacia quien más rentable pueda ser para sus perversos fines. Muchos periodistas especializados en información económica, empresarial o financiera conocen bien a los informadores chantajistas que callan en público mucho más de lo que dicen saber en privado para obtener muy variados tipos de compensaciones. Pero los que mejor conocen esta realidad son los financieros que han cometido algún error, o que sin haberlo cometido, han sido el objetivo de alguien capaz incluso de generar pruebas falsas y de utilizarlas incluso en otro país.

Por todo ello, los antecedentes policiales y judiciales del denunciante, tanto si es un particular, como si es una empresa, que un imputado y más aún un procesado puede exigir en una ratificación de la denuncia, y por otros procedimientos más burocratizados y a veces hasta oscurantistas, facilitan el análisis y la evidencia de la malicia o el error, sin perjuicio de que puedan entremezclarse intencionadamente en ciertos casos, como también es posible que eventualmente se unan contra la víctima los maliciosos, con los ignorantes.

PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ENTREVISTA A UNA PERSONA DEPENDIENTE MALTRATADA

La realización de la entrevista a la persona dependiente por el profesional debe realizarse en un marco de tranquilidad y sin prisas. En el curso de la entrevista se preguntará por factores de riesgo y se investigarán signos de alerta o indicios que nos hagan pensar en la posibilidad de maltrato por sus actitudes, comportamientos o síntomas.

Algunas normas para facilitar la entrevista:

- Entrevistar al paciente solo y con el cuidador.
- Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia.
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- Garantizar la confidencialidad.
- Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- Hacerle algunas preguntas para facilitar que la persona dependiente cuente su problema.
- Preguntar por factores de riesgo.

A mi entender sugeriría las siguientes preguntas:

- ¿Alguien le ha hecho daño?
- ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
- ¿Le han amenazado?
- ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
- ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?
- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
- ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?
- ¿Está solo a menudo?

SÍNTOMAS QUE PUEDEN EVIDENCIAR UN MALTRATO EN UNA PERSONA DEPENDIENTE

Señales de alerta y signos precoces de maltrato:

- Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones.
- Retraso en solicitar la asistencia.
- Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes.
- Administración involuntaria de medicamentos.
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados.
- Mala evolución de las lesiones tras aplicación de las medidas adecuadas.
- Desnutrición sin motivo aparente.
- Deshidratación.
- Caídas reiteradas.

- Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador.
- Actitud de miedo, inquietud o pasividad.
- Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión.
- Negativa del cuidador a dejar solo al dependiente.

EJERCICIOS PRÁCTICOS

1. Elabore tras la lectura del texto 15 preguntas que usted haría a un ciudadano si en el transcurso de su entrevista intuyese que es víctima de posible maltrato.
2. Indique, si el supuesto anterior se diese, qué pasos daría o más en concreto qué haría con esa información.
3. Sugiera 5 elementos de falsabilidad que cauteladamente usted requeriría respecto a la declaración prestada para dar trámite a la declaración ante órganos judiciales.
4. Indique al menos 5 síntomas (no explícitos) que le llevasen tras visualizar una declaración que no le llevase a sopesar que está ante un caso de maltrato.

Bibliografía:

D. Miguel Ángel Gallardo Ortiz.- Criminólogo.

D^a M^a Carmen Fernández Alonso.- Coordinadora del Grupo de Salud mental PAPPAS.

D. Antonio Mora Bernal y D. Javier Barbero Gutiérrez (Coordinadores de la Guía de malos tratos a personas dependientes).

José Antonio García Andrade.

Asamblea mundial sobre envejecimiento ONU.

UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT COMO INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO

Domingo Quintana
Psicólogo

Implicaciones para la prevención del maltrato con personas dependientes desde el modelo postracionalista

1. Introducción.
2. Cambio de paradigma en el estudio sobre el envejecimiento.
3. ¿Cuál es el objeto de estudio de la psicogerontología?
 - 3.1. ¿Qué ser humano es el objeto de estudio de la psicología?
 - 3.2. Elementos que ordenan la experiencia humana.
 - 3.2.1. "El cambio en el sentido subjetivo del tiempo".
 - 3.2.2. "La experiencia de la afectividad ligada al desarrollo de las relaciones significativas".
 - 3.2.3. La capacidad de articular el sí mismo que tiene la persona. Los estilos de personalidad en la escuela postracionalista.
 - 3.2.3.1. Estilo de organización personal evitante con tendencia a los trastornos alimentarios psicógenos (Estilo de personalidad Dápico).
 - 3.2.3.2. Estilo de organización personal coercitivo con tendencia a las fobias (Estilo de personalidad Fóbico).
 - 3.2.3.3. Estilo de organización personal evitante con tendencia a la depresión (Estilo de personalidad Depresivo).
 - 3.2.3.4. Estilo de organización personal coercitivo-evitante con tendencia a las obsesiones-compulsiones (Estilo de personalidad Obsesivo).
 - 3.3. La percepción del cuerpo.
4. Conclusiones.

1. INTRODUCCIÓN

Según estimaciones de las Naciones Unidas, para 2025 el número de personas mayores se elevará a 1,2 mil millones, equivalente al doble de la cifra actual de unos 600 millones aproximadamente. De cada millón de personas que cumple 60 años cada mes, 80% se encuentran en los países occidentales desarrollados. A pesar de que en países desarrollados las personas de edad comprenden una fracción más grande de la población total que en países en vías de desarrollo, en estos últimos, la población de personas mayores ha tenido un aumento porcentual mucho más acelerado. Además, el rápido envejecimiento de la población en dichos países se está produciendo en un contexto de acelerados cambios sociales (inmigración, urbanización, industrialización, etc.) y de pobreza generalizada. El maltrato de las personas de edad no es un fenómeno nuevo, pero la velocidad con la que envejece la población mundial llevará a su aumento inevitablemente.

El maltrato de las personas de edad avanzada puede ser físico, psicológico o emocional, sexual o económico. También puede obedecer a simple negligencia, intencionada o no. Como cualquier otra forma de maltrato, el de las personas de edad avanzada constituye una violación de los derechos humanos y es una causa importante de lesiones, enfermedad, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. Suele pasarse por alto en todas las sociedades, en gran parte debido a que se ha estudiado muy poco. En lo que respecta al maltrato de las personas mayores, las sociedades están ahora donde estaban hace 15 o 20 años en relación al abuso infantil y a la violencia de género. Todos eran fenómenos subnotificados y poco estudiados, y, por consiguiente, atraían poca atención o incluso se consideraban inexistentes. Hoy en día hay cada vez más indicios de que el abuso de las personas mayores, incluido el fenómeno de la negligencia, es un problema social y sanitario de importancia, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Como tal, combatirlo implica una respuesta mundial concertada. Desde el punto de vista sanitario y social, el abuso de las personas mayores seguirá siendo un problema subnotificado y despertará poca atención, a no ser que los sectores de la atención primaria de salud y de los servicios sociales estén preparados para identificar el problema y enfrentarlo.

El taller que se ha preparado está pensado para reflexionar sobre dos cuestiones fundamentales, la primera para conocer la situación biopsicosocial de los cuidadores principales y la segunda, para detectar eficazmente la negligencia en el cuidado, que desde mi punto de vista y en la práctica profesional diaria es la principal fuente de maltrato que detecto. Casualmente, muchos de estos presuntos maltratados son personas contratadas sin una capacitación mínima.

En las páginas siguientes intentaré hacer un acercamiento al modelo teórico propuesto desde la escuela postracionalista, desarrollado inicialmente por Vitorio Guidano y ampliado actualmente por Giampiero Arciero.

2. CAMBIO DE PARADIGMA EN EL ESTUDIO SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Hablar de los procesos psicológicos en la vejez, desde el punto de vista de la "normalidad", es uno de los grandes retos de la ciencia para comprender y explicar rigurosamente la longevidad. Actualmente, de forma generalizada, el énfasis investigador se dirige hacia dos áreas centradas en evitar procesos patológicos: por una parte, se potencia el resolver los procesos involucrados en el deterioro fisiológico (enfermedades neurodegenerativas, fragilidad, dependencia, etc.). Por otro lado, se trabaja para desarrollar programas de prevención destinados a evitar la dependencia.

Desde este enfoque, que podríamos denominar envejecimiento activo, se enfatiza la recuperación de unos hábitos de vida adecuados. En este sentido estamos repitiendo lo propuesto por la medicina clásica. Un ejemplo de ello lo constituye la Escuela de Salerno con su famosa declaración de intenciones recogida en el poema anónimo *Flos Medicinae*:

*"Vida honesta y arreglada
tomar pocos remedios
y poner todos los medios
de no alterarse por nada.*

*La comida moderada,
ejercicio y distracción:
no tener nunca aprensión.
Salir al campo algún rato.
Poco encierro, mucho trato
y continua ocupación"*

Pero cómo potenciar un conocimiento científico centrado en los procesos que caracterizan el fluir de la experiencia humana desde un punto de vista normal, es decir no patológico. Seligman (2002), siguiendo las nuevas corrientes norteamericanas, apuesta por desarrollar una "psicología positiva". Desde este enfoque cabe preguntarse por la respuesta que desde la psicología se están ofreciendo al proceso evolutivo ontológico de hacerse mayor, sobre todo porque frecuentemente convivimos con "viejos" de 15 años y con "jóvenes" de 75. Por esta razón, si llegamos a un consenso acerca del inicio del envejecimiento, podremos abordar más adecuadamente el objeto de estudio en el que nos centramos, la persona mayor de 65 años.

En este capítulo se va a intentar responder a la principal pregunta que debería plantearse cualquier profesional que trabaje en servicios de ayuda: ¿Qué es una persona?, ¿cómo construye una persona las estructuras que lo caracterizan al actuar? En el caso que nos ocupa intentare responder a lo que yo creo que debemos tener en cuenta a la hora de trabajar en el campo geriátrico y gerontológico.

Soy consciente de la limitación de este primer acercamiento a la psicogerontología desde el punto de vista postracionalista, por esta razón remitiré a lo largo del texto al lector a las fuentes originales para aquellos interesados en profundizar en el tema.

Antes de seguir adelante es necesario aclarar qué es el postracionalismo. El término post-racionalista, según Guidano (1992), hace referencia al hecho de que en la cultura occidental estamos viviendo una época de cambio epistemológico. La epistemología empirista que se ha identificado con el concepto mismo de ciencia, ha cambiado profundamente en el transcurso del siglo XX. El aspecto básico de la epistemología empirista es que vivimos una realidad objetiva, que ya tiene contenida en sí misma el sentido de todas las cosas y que esta realidad existe independientemente de nuestra percepción. Esta realidad es además única y es para todos igual. El conocimiento es sólo una representación de esta realidad, y la única manera de ver si este conocimiento es verdadero es sólo mediante la correspondencia del orden externo con este conocimiento visto como una representación de ese orden.

Según Guidano (1992), el problema más importante que se le ha planteado a este enfoque epistemológico ha sido el cambio radical que ha tenido lugar en la concepción de la relación entre el observador y lo observado. En la posición empirista, el observador está frente a una realidad objetiva en sí misma, que existe independientemente del observador. El observador, en este caso es considerado imparcial y objetivo. La observación del observador corresponde a la realidad. Ahora, con el cambio que se produce en la noción de la relación entre el observador y lo observado, el observador no aparece más como una persona neutra. Por el contrario el observador con su observación introduce un orden en lo que observa y lo que observa es mucho más dependiente de su aparato perceptivo que de la estructura misma de algo objetivo externo a él. Lo que está ocurriendo ahora, es que empezamos a tener mayor conciencia de que la realidad en la cual nosotros vivimos es codependiente de nuestro modo de ordenarla y que va junto con nuestra percepción. El mundo de regularidades que vivimos es un mundo que es co-construido por el observador.

Este cambio ha puesto en primer plano la figura del observador. Si el observador ya no es más una persona neutra, si no que es el mismo que ordena lo que percibe, entonces el problema que surge es explicar cuál es la naturaleza del observador. En un enfoque postracionalista, de acuerdo con Guidano, este problema debe ser planteado como la explicación de ¿quién es el observador?, ¿cómo ordena su experiencia?, ¿cómo conoce?, ¿qué es el conocimiento?. En último término ¿Qué es la experiencia humana?.

3. ¿CUÁL ES EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA PSICOGERONTOLOGÍA?

Acercarse a comprender las vivencias de una persona mayor requiere que nos posicionemos acerca de lo que supone envejecer. Esta pregunta la podemos responder desde diferentes ópticas, unas se centran en los componentes básicos que conforman al ser humano (células, aparatos, sistemas, cognición, emoción, etc.), mientras otras tratan de integrar elementos fisiológicos con estímulos ambientales, quedando un último grupo de teorías encaminadas a indagar los aspectos idiosincrásicos que motivan las conductas.

Sin embargo, cuál elegir a la hora de acercarnos a comprender la vivencia de la persona que acude a un profesional. Esta respuesta es genuinamente individual, pues no todos los profesionales se sienten cómodos con todas las teorías, ni todas las teorías son científicamente defendibles. Sin embargo hay un elemento que sí debemos empezar a plantearnos desde el principio de este capítulo, la concepción evolutiva de las crisis humanas, pues las alteraciones no aparecen, normalmente, de forma súbita, todas siguen un proceso.

En una ocasión alguien me dijo “todo tiene un principio y un final..... Y en el medio está la vida”. Con este capítulo deseo que usted, futuro o presente profesional de la gerontología se plantee cómo intervenir con una persona de edad avanzada de forma rigurosa, cómo “comprender la vida”. Para ello hay que evaluar para conocer y conocer para intervenir. Por esta razón, se aborda principalmente qué es una persona mayor, haciendo énfasis en la autoconciencia y organización individual, siendo esta última uno de los campos de estudio más importantes que la psicología actual tiene que responder en este campo.

3.1. ¿Qué ser humano es el objeto de estudio de la psicología?

Michael Gazzaniga (1999) afirmaba en la inauguración del Instituto de Psicología del Dartmouth College que la psicología se había suicidado. “Cómo es posible que una construcción con cabida para neurociencias, psicología social y ciencias cognitivas no haya dejado lugar para la persona”, afirmaba. Otro gran investigador como Martin Seligman (2002) en su libro “La auténtica felicidad” dedica un capítulo completo al tema apuntado por Gazzaniga. Seligman titula acertadamente esta capítulo “De cómo la psicología perdió su rumbo y yo encontré el mío”.

La afirmación de estos dos grandes pensadores es muy importante, pues que ser humano es el que tratamos de abordar desde esta ciencia neófito. ¿Existe una ciencia psicológica unitaria o existen diferentes ciencias psicológicas sin ninguna relación entre sí? Ahora bien, hay una cuestión fundamental con la que se enfrentan todas las psicologías como afirman Walsh y Vaugman (1982). Esta cuestión es ¿qué es un ser humano?

El abordaje de los aspectos psicológicos de la vejez requiere responder primero a qué es la psicología (ver definición de Michelle, Pág. 460, en Doron y Parot, 1998) porque todos “tenemos psicología”, es decir, sentido común, intuición, etc. Es imprescindible apuntar esto porque la psicología como ciencia es actualmente un “guirigay” teórico en el cual el resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, enfermeros, educadores, etc.) no saben realmente qué hacemos en el campo gerontológico. En el mejor de los casos, se hacen rigurosos análisis psicométricos para analizar el deterioro cognitivo. Sin embargo, esto no es suficiente para acercarse a las vivencias que caracterizan a las personas.

Los profesionales tenemos que abordar esta área de forma rigurosa para entender adecuadamente la realidad personal de quien demanda ayuda y, no sólo los psicólogos, sino todos aquellos que quieran observar entre los múltiples datos analíticos como expone Perlado (1995) en una de sus obras, pues, en gran medida, padecemos en función de cómo vivimos y vivimos en función de cómo nos organizamos y nos organizamos en función de quienes somos y somos en función de cómo nos sentimos.

La psicología la podemos entender, en un sentido amplio, como la ciencia que trata de abordar la estructura de la experiencia vivencial humana, para ello se analiza la integración del conocimiento personal desde diferentes niveles como el social, cognitivo, perceptivo, motor y emocional. La integración de la información procesada desde estos diferentes niveles es lo que permite vertebrar el “Sí Mismo”, el “Yo”, es decir la estructura central que nos define como individuos únicos, actualmente insertados en una sociedad postmoderna.

La construcción de un significado personal, por medio de la narrativa personal (recomiendo al lector la impresionante obra de Ricoeur (1991) "Sí mismo como otro" para profundizar en este tema), es lo que permite al individuo ir pasando por las diferentes etapas del ciclo vital, sedimentando el sí mismo. En este sentido, un significado personal flexible permite adaptarse adecuadamente a las diferentes crisis obteniendo una estructura personal cada vez más articulada e integrada. En cambio, un significado personal rígido dificulta una adaptación viable evolucionando hacia alguna crisis que puede desencadenar síndromes patológicos.

En este sentido hay que diferenciar una adaptación válida, que se corresponde con una única realidad, de la adaptación viable que hace referencia a la capacidad de la estructura para integrar el nuevo conocimiento y aportar una nueva situación de estabilidad. Este aspecto es muy importante porque nos pone en una nueva plataforma de salida para acercarnos al mundo de la psicopatología, pues no existe una realidad independiente del observador como han apuntado Maturana y Varela. Sin embargo, en la práctica profesional normalmente buscamos adaptaciones válidas, dicotomizando la realidad del individuo no teniendo en cuenta su historia.

3.2. Elementos que ordenan la experiencia humana

Balbi (1994) propone tres factores fundamentales que permiten conocer el desarrollo evolutivo de la experiencia adulta. Algún problema relacionado con estos tres factores, es suficiente para producir una situación de crisis. Por esta razón, son elementos a incluir en cualquier evaluación geriátrica integral para poder predecir las posibilidades de éxito de algunos tratamientos. También incluimos un nuevo factor, el cuerpo físico.

Los factores mencionados son:

- I. *El tiempo.*
- II. *Las relaciones afectivas.*
- III. *La capacidad de introspección y autoconocimiento.*
- IV. *El cuerpo.*

En la infancia y la adolescencia los cambios vitales están ligados a la transformación física y al desarrollo de las capacidades cognitivas, produciéndose estos de forma lineal. Sin embargo, en la adultez los cambios se producen por medio de crisis desencadenadas por variables de orden psicológico. Estas suelen producirse por alteraciones en alguno de los puntos antes descritos. En la vejez estas crisis suelen acelerarse por unirse los cuatro factores desencadenantes de la etapa anterior. Veamos cada uno de ellos.

3.2.1. "El cambio en el sentido subjetivo del tiempo"

El tiempo es la principal variable que organiza toda la existencia humana. Una veces guiados por medidores "objetivos" (reloj, calendario, etc.) y otras veces guiados por indicadores subjetivos (hora de comida, de baño, etc.) las vivencias se van moviendo entre el presente, pasado y futuro. Sin embargo apenas reparamos en esta variable a la hora de evaluar o intervenir. Esto se debe sobre todo a la dificultad para reflexionar sobre esta variable. Ricoeur (1991) cita en este sentido la conocida expresión de San Agustín (2006) "¿qué es, pues, el tiempo? Si nadie me lo pregunta lo sé; pero si quiero explicárselo a alguien que me lo pregunte, no lo sé.

Lo que sí digo sin vacilación es que sé que si nada pasase, no habría tiempo pasado; y si nada sucediese, no habría tiempo futuro; y si nada existiese, no habría tiempo presente."

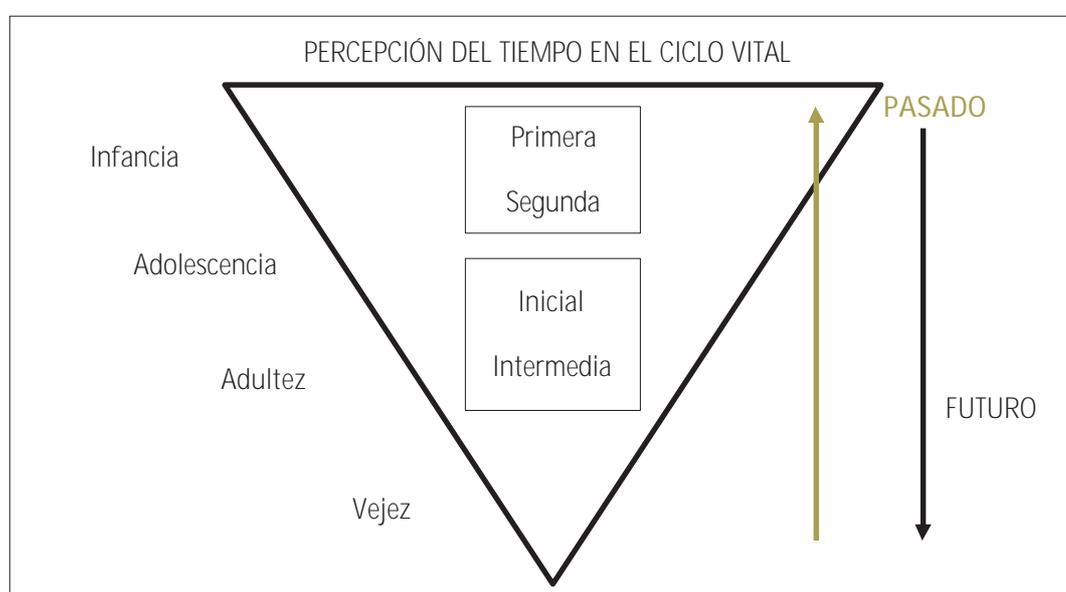
La vivencia del tiempo como elemento vertebrador de la experiencia en su triple eje vivencial (presente, pasado y futuro) surge en la adolescencia con la aparición de la abstracción. Después de ella, aunque nos parezca que el tiempo es lineal, se debe valorar la subjetividad de las vivencias, pues las crisis favorecen la ruptura de la linealidad pasado-presente-futuro, permitiendo que las experiencias se anclen en uno u otro polo desarrollando diferentes patologías. Pero ¿cómo articular el salto que existe entre el tiempo cronológico y el tiempo vivido? Ricoeur (1991) solu-

ciona este dilema mediante el lenguaje. Mediante el lenguaje este autor considera que se crea un tercer tiempo que es genuinamente humano, pues permite por medio de la narración unir el tiempo cronológico y el tiempo vivido. Además, gracias a la narración el tiempo pasado vivido es cambiante. Por lo tanto, el elemento que favorece la percepción subjetiva del tiempo es la narración que realizamos acerca de la experiencia inmediata vivida dentro de un marco cronológico de tiempo determinado. Por lo tanto, la narración permite que nuestra historia pasada personal sea dinámica, pues la podemos reescribir en el presente.

La posibilidad de cambiar el tiempo pasado desde el presente es lo que nos permite hacer psicoterapia. Este aspecto nos lleva a coincidir con Estaún Ferrer (1997) cuando afirma que el tiempo es la única variable humana que nos pertenece por completo. Un ejemplo de esta dimensión temporal lo podemos recoger en una paciente viuda de 73 años de edad, que adora a su marido muerto hace 5 años y, que está enferma de sida. Me la derivan a la consulta para que valore la posibilidad de informarla sobre su enfermedad, el médico de atención primaria se planteaba: ¿Merece la pena alterar la conciencia de la señora acerca de la situación de infidelidad vivida?. Después de hacer un recorrido por su historia personal en una sesión de 90 minutos la mujer hablo de las infidelidades de su marido, no guardándole rencor por ello.

El tiempo es el principal elemento vertebrador de la experiencia humana. El presente lo sedimentamos en el pasado gracias a la memoria, mientras que el futuro es el hilo conductor que nos lleva a seguir adelante. Por lo tanto, la dirección hacia el futuro es el elemento fundamental para favorecer la resolución de las crisis asociadas al ciclo vital. Guidano (1991) menciona algunos momentos críticos donde se rompe la simetría del tiempo y la estructura personal entra en crisis y debe reorganizarse. Estas etapas son: el final de la adolescencia, la transición de los treinta años, la mediana edad y, por último, el comienzo de la vejez. En esta etapa es de especial importancia elaborar lo que este autor denomina "el sentido de terminar", porque en la vejez, de forma mayoritaria, el sentido de la propia vida está en el pasado, percibiendo el futuro con menor capacidad para desarrollar un proyecto alternativo. Esta incapacidad para percibir el futuro se debe a la incapacidad para proyectar un futuro probable. A este aspecto hay que añadirle que en la vejez la reelaboración de un proyecto para superar una crisis depende, más que en ninguna otra etapa del ciclo vital, de la importancia atribuida al pasado. Por lo tanto, el sentido de terminar, propuesto por Guidano (1991), va a depender del peso de la historia pasada para la persona.

A finales del siglo XIX, William James (1994) apuntaba que el proceso por el cual nos parece que el tiempo cronológico que vivimos es cada vez más rápido, se debe a una saturación de la memoria, no por falta de capacidad, sino por el propio proceso de automatismo en el que vivimos durante toda nuestra etapa como adultos. Esta hipótesis abre una nueva vía de investigación dentro de las neurociencias y es analizar si la saturación de la memoria tiene alguna relación con las nuevas demencias tipo Alzheimer. Este aspecto es muy importante, porque la posibilidad de desarrollar un proyecto personal alternativo requiere de nuevas narraciones que permitan el cambio personal.



El tiempo es muy importante en el desarrollo de la historia personal y la adaptación a la situación presente depende de la interpretación que se haga de la vivencia cotidiana, de las experiencias anteriores y de los objetivos y expectativas futuras. Retomando de nuevo la palabra de San Agustín (2006) “el presente de cosas pasadas (memoria), presente de cosas presentes (visión) y presente de cosas futuras (expectación)”. Esto es importante porque el equilibrio psicológico se halla fundamentado en la aceptación de la historia personal y en la voluntad por materializar los objetivos y proyectos futuros.

De forma rutinaria y estereotipada, uno de los mitos de la práctica profesional de la geriatría es el énfasis en el pasado en la vivencia temporal del anciano (Estaún Ferrer, 1996). En una de las conferencias del reciente encuentro Iberoamericano de Geriatría uno de los ponentes empezaba su argumentación diciendo: “hasta los 25 se vive de ilusiones, hasta los 50 de realidades, hasta los 75 de la historia y después de puro milagro”.

Implícitamente, en las últimas décadas, la sociedad ha negado la realidad multidimensional de la persona mayor, centrándose sólo en el envejecimiento cronológico y biológico, obviando las áreas social, psicológica y espiritual. Esto ha llevado en la práctica profesional a negar las capacidades del anciano para plantearse objetivos a medio o largo plazo, aceptándose solamente objetivos a corto plazo. Estar de acuerdo con esto supone negarle la capacidad de decidir a la persona eliminando cualquier motivación vivencial y, por lo tanto, practicando una eutanasia pasiva de hecho.

La perspectiva temporal futura tiene una función motivacional: estimula, orienta y organiza la actividad humana y es un factor clave en el desarrollo personal y la salud mental. Parafraseando a Estaún Ferrer (1996, pag. 168) “no puede olvidarse que la capacidad de dar vida a un futuro mas o menos inmediato rejuvenece, mientras que la contemplación exclusiva del pasado envejece”.

La perspectiva temporal de futuro en la vejez disminuye asociada a sucesos vitales estresantes (ingresar en una residencia, pérdida económica asociada a la jubilación, etc.) que favorecen la ruptura de la linealidad personal. En este sentido la vivencia es similar a otras vivencias en otros momentos del ciclo vital, con la particularidad, aparecida en la mediana edad según argumenta Guidano (1991), de la finitud percibida del futuro.

Diferentes estudios revisados por Estaún Ferrer (1997), los del equipo de Kastenbaum con enfermos terminales entre otros, le llevan a manifestar que no es tanto la proximidad de la muerte como otros factores psicosociales lo que hacían perder la perspectiva temporal de futuro. Por esta razón, en psicoterapia con mayores válidos es importante abordar el sentido de terminación vital, que ayuda a trascender y a integrar la vida en un todo holístico. Sin embargo, esta intervención es compleja pues en el anciano aparece la consciencia de que el tiempo es finito (Salvarezza, 1988), centrándose más en lo que me falta por vivir que en el tiempo cronológico vivido. Esto lleva a que muchos mayores mueran sin integrar esta última fase de la experiencia humana.

3.2.2. “La experiencia de la afectividad ligada al desarrollo de las relaciones significativas”

Un abordaje del desarrollo humano a lo largo de todo el ciclo vital tiene que centrarse en las siguientes áreas, teniendo en cuenta las variables familiares y ambientales que catalizan el proceso madurativo. Estas áreas son:

1. El apego y la diferenciación emocional.
2. El desarrollo del autoconocimiento.
3. La maduración cognitiva.

Una de las teorías que mayor influencia está teniendo actualmente en el desarrollo de la psicología como ciencia es la Teoría del Apego de Bowlby (1986, 1993, 1996, 1997). Algunos autores llegan incluso a exponer que esta teoría es la que más ha influido en la psicología después del psicoanálisis. No obstante, no se va a abordar el apego infantil en estas líneas, aunque se tocan brevemente algunos aspectos teóricos propuestos desde su inicio.

El amor de pareja se puede conceptualizar como un proceso de apego (Guidano, 1991; Arciero 2004; Feeney y Soller, 2001). Y lo que es más, el amor de pareja tiene unas bases y funciones biológicas que repercuten en la salud de los cuidadores y en los cuidados que estos ofrecen a las personas dependientes de ellos.

Bowlby (1986) describe tres tipos de apego primarios, mientras que sus colaboradoras, Ainsworth y Bell (1978) y Crittenden (2002) describieron hasta ocho subtipos secundarios, como después se verá. En la siguiente tabla se recogen los diferentes tipos de apego propuestos por Bowlby y las implicaciones para el cuidado, en función de los mismos (Feeney y Soller, 2001).

Estilos de Apego	Características del cuidado
Seguro (B)	Disponibilidad, receptividad, calidez
Evitante (A)	Conductas de rechazo, rigidez, hostilidad, falta de contacto
Ansioso ambivalente (C)	Insensibilidad, intrusividad, inconsistencia.

Como puede observarse en la tabla anterior en función del tipo de apego que nos caracterice ofreceremos una relación más constructiva para la estabilidad y desarrollo personal. Este elemento es primordial cuando se trata de una relación de cuidados con una persona de edad avanzada dependiente, pues si no tenemos en cuenta la calidad de nuestra relación podemos estar poniendo en “jaque” la estabilidad de la persona constantemente.

Las funciones principales que ofrece la relación de apego según Bowlby son la búsqueda de la proximidad, la base segura y el refugio. Estas tres funciones favorecen dos procesos fundamentales para el desarrollo personal, el generar seguridad (manteniendo la proximidad con el cuidador) y favorece la exploración.

Guidano (1991) añade otras dos funciones que van a favorecer la estabilidad personal en la vida adulta. Estos son la capacidad autorreferencial de confirmar, sostener y expandir los patrones de coherencia del significado personal y el mantenimiento de un sistema de límites para garantizar la máxima estabilidad del “sí mismo”.

De las funciones y procesos básicos que favorece el apego se deduce que una de sus características principales es permitir la construcción de un sentido de sí mismo consistente, estable y continuo en el tiempo. Ahora bien, la construcción de un “sí mismo” se realiza en la interacción que proporciona un contexto desde la infancia, sea este seguro y/o inseguro. En relación a esto Hofer (1984, citado en Guidano, 1991, pag.105) argumenta que “la autorregulación independiente no existe ni en la madurez ni en la infancia”, es decir, es necesario un contexto en el cual insertarse para poder definirse y/o diferenciarse, siendo dos fases de un mismo proceso que favorece la regulación.

La organización psicológica está estrechamente ligada con la imagen personal que se proyecta recíprocamente en un contexto social. En la primera infancia la interacción es básicamente sensoriomotora y afectiva, pasando a complejizarse de forma exponencial después de la adolescencia con la maduración de las funciones cognitivas y el desarrollo de la abstracción. Por esta razón, a lo largo de toda la etapa adulta la regulación emocional se produce mediante una compleja coordinación intermodal de módulos sensoriomotores-afectivos-cognitivos.

En resumen, y haciendo propias las palabras expuestas en diferentes contextos por Guidano y Arciero, el apego es un sistema de referencia interpersonal que subyace de modo preeminente al desarrollo y mantenimiento de la dinámica del “sí mismo”.

Una vez visto las funciones y procesos de autoconstrucción personal que favorece la relación de apego se deben plantear dos preguntas fundamentales: ¿qué tipos de organización personal emergen al construir un “Sí Mismo” inmerso en un contexto sociofamiliar determinado? Y ¿qué caracteriza en la etapa adulta la elección de las relaciones afectivas? La primera pregunta se abordará más ampliamente en el siguiente punto, cabe decir que desde el modelo teórico postracionalista se postulan la existencia de cuatro estilos de organización personal (estilos de personalidad) primarios (Dápico, Depresivo, Obsesivo y Fóbico) que a su vez se pueden articular en estilos mixtos. No obstante, los subtipos de apegos propuestos por Crittenden (2002) van a favorecer la emergencia de un estilo de personalidad en función de la recurrencias relacionales durante la primera infancia. En la siguiente tabla se puede observar la correspondencia entre estilos de apego y mismidad (Guidano, 1999).

Estilo de personalidad	Apego primario	Estilo de apego secundario
Depresivos	A	A1-A2: Inhibidos
		A3: Cuidadores compulsivos
Dápicos	A	A4: Compulsivo complaciente
		A4/C: Compulsivo complaciente con componente coercitivo
Obsesivos	A	A4/C: Compulsivo complaciente con componente coercitivo
		A3/C: Cuidadores compulsivos con componente coercitivo
Fóbicos	C	C1: Amenazante
		C2: Desarmante
		C3: Agresivo
		C4: Indefenso
		C5: Punitivo
		C6: Seductor

La segunda pregunta es fundamental, no sólo para plantearnos cómo nos desarrollamos como personas únicas, sino también para entender por qué una persona mayor prefiere a uno u otro cuidador.

Si tenemos en cuenta que la relación de apego favorece la capacidad autorreferencial de confirmar, sostener y expandir la mismidad, podemos entender por qué el transcurso de una relación está más relacionado con el sentimiento que experimenta el individuo al estar con el otro que con las características propias del otro. Es decir, la elección de la pareja que uno tiene habla más de nosotros mismos que de la propia pareja (Arciero 2005).

De lo expuesto anteriormente se deducen dos aspectos significativos: el primero es que la imagen personal del otro está estrechamente ligada con el estilo de personalidad. El segundo hace referencia a que la incorporación de la experiencia inmediata a la experiencia personal dependen del grado (a mayor intimidad, cercanía, mayor interdependencia) y de la calidad (negociación para el reconocimiento mutuo dentro de la relación) de la relación afectiva. La Rochefoucauld (1613-1680, citado en Guidano 1991, Pág. 108) "es difícil amar a personas que no estimamos, pero no es menos difícil amar a quienes estimamos mucho más que a nosotros mismos".

La calidad de la relación depende de la comunicación y de las relaciones de intimidad. Acerca de la comunicación de pareja se ha escrito mucho desde diferentes ópticas (sociología, psicología social, ecología, etc.), sin embargo si miramos la comunicación desde un punto de vista ontogenético debemos realizar un acercamiento doble que garantice la organización del "sí mismo". Para ello debemos tener en cuenta cómo se maneja el individuo en función de sus intereses a la vez que tiene en cuenta al otro. Blake y Mouton (1964; citado por Feeney y Noller, 2001) proponen un modelo bidimensional de aproximación al conflicto.

En este modelo en función del valor que se le dé a la pareja y la valoración de las propias necesidades se alcanza un compromiso óptimo que favorece la organización personal. En el siguiente gráfico se pueden ver las diferentes posibilidades de relación en función de que se pondere en mayor medida una u otra variable.



En resumen, el apego en sus diferentes formas: seguro, ansioso-ambivalente y evitante, es el elemento principal en la vertebración de un sistema de organización personal en la primera infancia. Después, a lo largo de todo el ciclo vital las diferentes relaciones de apego van favoreciendo la estabilidad personal a la vez que se va permitiendo un desarrollo más articulado y abstracto de la identidad personal en función de la flexibilidad o rigidez de la narración al servicio de los estilos de personalidad. En la actualidad, existe suficiente evidencia científica que avala los estilos de apego como factores importantes de riesgo para la salud.

3.2.3. La capacidad de articular el sí mismo que tiene la persona. Los estilos de personalidad en la escuela postracionalista

Este punto es la clave del trabajo psicoterapéutico, si bien en personas de edad avanzada el objetivo se dificulta por la sedimentación del "sí mismo". Es decir, el acumulo de diferentes experiencias a lo largo de todo del ciclo vital, y la falta de expectativas futuras, como veíamos en el abordaje temporal, dificultan la integración de una visión personal más articulada. No obstante, sí que es posible la intervención psicoterapéutica con los mayores que están dispuestos a buscar nuevas alternativas a la etapa que estén viviendo. Además, un aspecto a desarrollar con todas las personas mayores, que no presenten sintomatología cognitiva, y que comienzan a percibir el final de su propia vida es el sentido de terminación.

Antes de pasar a ver los cuatro estilos de personalidad antes mencionados, es necesario aclarar que la capacidad de articular las nuevas vivencias que se le presenten a un individuo va a depender de tres variables fundamentales: la primera es la flexibilidad narrativa adquirida a lo largo del tiempo para integrar las nuevas vivencias, la segunda es la presencia de las relaciones afectivas y la tercera es la posibilidad de integrar la realidad percibida en una salida viable. Si se dan estos criterios se puede intervenir, si no la intervención ha de ser paliativa.

Los estilos de personalidad propuestos desde la teoría postracionalista se mueven en un triple eje: en primer lugar los estilos de apego antes mencionados y en segundo lugar dos variables psicológicas como son: la dependencia-independencia de campo y la autohetero regulación emotiva (para profundizar en este tema ver Guidano, 1991, 1999 y Arciero, 2004, 2006).

La combinación de estas variables desde la infancia va favoreciendo un proceso de aprendizaje que va sedimentando a lo largo de todo el ciclo vital la estructura inicial. La articulación narrativa de estas estructuras iniciales se ve

favorecida por la aparición del lenguaje y del pensamiento abstracto. Estas dos variables cognitivas favorecen o dificultan la adaptación del "sí mismo" produciendo una evolución o una crisis que puede evolucionar hacia algún síndrome patológico.

3.2.3.1. *Estilo de organización personal evitante con tendencia a los trastornos alimentarios psicógenos (Estilo de personalidad Dápico)*

Seguramente este es el estilo de personalidad más frecuente en todo el mundo occidental. De hecho, la práctica clínica diaria llevada a cabo por psicoterapeutas postracionalistas en diferentes centros públicos y privados y las últimas investigaciones llevadas a cabo por diferentes grupos de investigación (IPRA en Tenerife y Roma, INTECO en Santiago de Chile y CETEPO en Buenos Aires) así lo constatan. En el desarrollo profesional de quien escribe estas líneas, aproximadamente tres de cada cuatro adultos presentan este estilo de forma "pura" o "mixta". Además, en una experiencia llevada a cabo en Lanzarote el 70 % de las personas mayores intervenidas presentaban este estilo (Quintana 2004, Quintana y Castañeda 2004, 2005).

Todas las etapas históricas han estado marcadas por unas variables socioculturales determinadas, influyendo estas en el desarrollo de las personas coetáneas. En el momento histórico actual, denominado postmodernismo, las transformaciones sociales que ha habido en los últimos años, han favorecido que nuestra sociedad occidental se haya transformado en una sociedad de la imagen. Lo que más cuenta hoy es la imagen personal frente a los otros. Esta nueva situación está favoreciendo la proliferación de personas con patrones de comportamientos caracterizados por características psicológicas contexto dependiente y reguladas emocionalmente desde fuera, es decir heterodrigidas (Guidano, 1991, 1999 y Arciero, 2004).

3.2.3.2. *Estilo de organización personal coercitivo con tendencia a las fobias (Estilo de personalidad Fóbico)*

Las características psicológicas de este estilo son contexto dependiente y autorregulación emocional, por lo tanto son personas más atentas a procesos corporales que favorecen tener una sensación fuerte de centralidad (Guidano, 1991, 1994 y Arciero, 2004). En este sentido el control juega una herramienta importante que vertebra las estrategias de afrontamiento para relacionarse con un mundo potencialmente peligroso.

3.2.3.3. *Estilo de organización personal evitante con tendencia a la depresión (Estilo de personalidad Depresivo)*

En el curso de la etapa adulta y sobre todo en la vejez, es muy difícil encontrar en la consulta a personas con este estilo de personalidad, sobretodo porque no demandan ayuda a los profesionales ni de forma activa ni por medio de un modelo de búsqueda de necesidades profesional. En la investigación de Quintana (2004 a, 2004 b y 2005) se encontró una señora de 87 años con este estilo de personalidad, sin embargo no demandaba ninguna ayuda. Aún en el estado de exclusión social que se encontraba seguía siendo autosuficiente.

Las características psicológicas de estas personas es contexto independiente y autorreguladas. El estilo de apego que vertebra desde la infancia este estilo es el evitante, en sus diferentes vertientes tipo A (Guidano, 1991, 1994 y Arciero, 2004).

3.2.3.4. *Estilo de organización personal coercitivo-evitante con tendencia a las obsesiones-compulsiones (Estilo de personalidad Obsesivo)*

Este es el estilo que de forma prototípica actualmente aparece menos en la sociedad occidental actual. Este aspecto se explica porque el aspecto social que favorecía la organización obsesiva era una extrema rigidez, moral o religiosa. Sin embargo, estas influencias actualmente han cambiado. No obstante, las características psicológicas que favorecen la aparición de este estilo es ser personas contexto independiente y heteroreguladas emocionalmente (Guidano, 1991, 1994 y Arciero, 2004). En la siguiente tabla se describen las principales características de cada uno de los estilos de personalidad (Guidano, 1999).

<i>Indicadores Temáticos Clínicos de las organizaciones de significado personal Adaptado de Álvaro Quiñones (2001)</i>				
<i>INDICADORES</i>	<i>ESTILO DEPRESIVO</i>	<i>ESTILO FÓBICO</i>	<i>ESTILO DÁPICO</i>	<i>ESTILO OBSESIVO</i>
<i>ESTILO DE APEGO</i>	Evitante (A)	Ansioso - ambivalente (C)	Evitante o mixto (A/C)	Mixto A ₄ /C ó A ₃ /C
<i>SENTIDO DE SÍ MISMO</i>	Negativo	Agente controlador. Vive los estados anímicos con un alto impacto fisiológico	Definido por agentes externos	Antitético u opositorista
<i>SENSIBILIDAD AL JUICIO</i>	Relacionado con el sentimiento de pérdida	Relacionado con la ansiedad	Extrema, "se sienten como lo ven"	Relacionado con rumiaciones o rituales
<i>TEMA PRINCIPAL DE LA ORGANIZACIÓN PERSONAL</i>	Oscilación entre desamparo y rabia	Oscilación entre libertad y constricción	Oscilación búsqueda y evitación de intimidad	Grado de certidumbre - incertidumbre
<i>ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO</i>	Autosuficiencia compulsiva	Control de aspectos emocionales y de relaciones significativas	Búsqueda de intimidad que exija una mínima exposición	Búsqueda de certeza a través de la duda sistemática
<i>ESTILO AFECTIVO</i>	Intento de aceptación incondicional entre desapego y atención compulsiva	Sobrecontrol del compañero como base para la exploración	Poner a prueba a la pareja para favorecer una exposición mínima	Poseedor de verdades absolutas indiscutibles
<i>FORMA DE EXPERIMENTARSE EN UNA RELACIÓN AFECTIVA</i>	Confirmación o redención del sentido de soledad	Generación de protección y potenciación de la independencia	Búsqueda de un equilibrio entre la aceptación y la crítica	El otro confirma la certidumbre o favorece el equilibrio por la falta de control
<i>EJES PARA ESTABILIZAR EL SENTIDO DE SÍ MISMO</i>	Anticipar rechazo mediante explicaciones analíticas	Desarrollo de lecturas emotivas como corporales	Corresponder a las expectativas del otro	Corresponder a un conjunto de reglas determinadas
<i>CLAVES PARA LA ESTABILIDAD PSICOLÓGICA</i>	Integrar la pérdida como parte de una vivencia humana	Comprender el amplio repertorio interpersonal con un mínimo de angustia e incrementando la propia valía personal	Desarrollo de una serie de criterios internos que garanticen la continuidad en diferentes contextos	Comprender el amplio repertorio interpersonal con un mínimo de angustia en función de la idiosincrasia personal

3.3. La percepción del cuerpo

Este aspecto está estrechamente ligado con el apartado anterior y, sobretodo, con la variable regulación emocional Interna (inward) vs. Externa (outward). Es decir, con la capacidad de regularse personalmente o la regulación emocional desde el exterior. Es de especial importancia tener en cuenta esta característica de personalidad, pues las personas autorreguladas (inward) tienden a vivir los estados emocionales de forma corporal, por lo tanto amplifican las somatizaciones haciéndose el cuerpo muy presente. Sin embargo, las personas que se regulan externamente (outward) tienden a orientarse hacia el exterior, por lo tanto, existe una desconexión muy importante con las sensaciones corporales. Para ver cómo se construyen la personalidad teniendo en cuenta esta dimensión desde la infancia recomendamos profundizar en los estudios de Arciero (2004, 2006).

El aspecto anterior es fundamental a la hora de abordar un análisis global de los procesos corporales, pues en un porcentaje importante de casos existe una predisposición a no conectarse con el propio cuerpo como una forma de fluir en la cotidianeidad. Téngase en cuenta que más de un 70% de casos tienen un componente heterodirigido en la construcción de la identidad como antes apuntábamos.

Si analizamos la vida de los hombres en occidente, podríamos afirmar que la mayoría de las veces vamos con el "pilotaje automático" y por lo tanto tendemos a no prestarle atención al cuerpo. En palabras de Rabat-Zinn (2004; pag. 50) "podemos pasarnos la mayoría del tiempo lejos de él sin saber cómo se siente". En este sentido los síntomas físicos que nos acontecen son mensajes que el propio cuerpo nos envía para que nos enteremos de sus necesidades.

Visto de esta forma parecería que nos enfrentamos a la dualidad mente cuerpo. Sin embargo hacemos referencia a la desconexión personal que vivimos por estar inmersos en una sociedad que no nos permite parar, en muchas ocasiones hasta que el cuerpo se hace presente con una enfermedad. Ante esta situación quisiera destacar que el propio proceso de envejecimiento lo tendemos a ignorar de forma normalizada, hasta que el cuerpo nos anuncia su fin y nos hace parar de forma brusca. A menudo es demasiado tarde y termina el ciclo con la muerte prematura.

No podemos pasar por esta área sin hablar del mayor problema corporal derivado de los hábitos de vida actuales, las enfermedades cardiovasculares. Concretamente quiero hacer referencia a algunos tipos de accidentes cerebro vasculares en personas mayores. Los A.C.V. tienen la capacidad de frenar la continuidad personal de forma brusca, produciéndose un "atropello de la vejez". Es decir, personas que no habían tenido en cuenta su cuerpo, ignorando la realidad de su situación cronológica, de repente se hacen "viejos". Porque desafortunadamente está muy extendido socialmente la idea de que hacerse viejo es ser una persona mayor enferma.

Quisiera terminar destacando que el cuerpo es el área del ser humano que mayor investigación concentra. Sin embargo desde la geriatría no lo intentamos comprender de una forma amplia, donde lo podamos conectar con aquello que nos permite moverlo hasta sus últimas consecuencias. En este sentido, cabe preguntarse si se entiende sanar el cuerpo si ya no existe una orientación psíquica y si estamos pasando los límites de edad para los que estamos programados como especie. Es decir, merece la pena alargar la vida de forma artificial cuando la persona ha perdido su motivación vital. Hace algunos años un matrimonio de 97 y 96 años respectivamente vinieron a la consulta con el objetivo de saber qué podían hacer para morir. Manifestaban que habían cerrado su ciclo y que no les quedaba más por hacer.

4. CONCLUSIONES

Una introducción a la psicogerontología y psicogeriatría requiere pararse a entender adecuadamente cuál es el secreto de cada experiencia humana con la que nos encontramos. Para ello es importante tener en cuenta una serie de parámetros que nos permitan adentrarnos en la experiencia del otro de forma estratégica. Esto supone que estemos atentos a lo que la persona mayor manifiesta para poder construir adecuadamente el hilo conductor de toda una vida. Ahora bien, para ello no podemos dejarnos llevar por historias narradas en primera persona que acaben siendo narraciones sin sujeto. Esto es muy importante porque no son todas las narraciones terapéuticas y lo que se persigue con la psicoterapia es tocar el cuerpo y favorecer el cambio.

Para poder entender las vivencias humanas debemos de desarrollar un método terapéutico riguroso en el que tenemos que tener en cuenta, el tiempo, la narración, el estilo de personalidad y la sintomatología.

Con el tiempo podemos ordenar cronológicamente los hechos vividos, los síntomas sufridos y las consecuencias derivadas. Con la organización personal podemos entender cómo el otro ordena su experiencia personal y cómo ser estratégicos para favorecer tocar los elementos significativos de la experiencia. De esta forma conseguiremos devolver una narración que favorezca la integración de la historia personal en una estructura narrativa más compleja que sea viable para la persona. Si esto funciona, conseguiremos producir un cambio cualitativo que permitirá superar el salto temporal en la narración personal. Sin embargo, si existen dificultades para generar un cambio deberemos abordar la situación desde otra perspectiva terapéutica, ahora bien estratégicamente guiada desde un sistema que permite entender rigurosamente la experiencia del otro.

Bibliografía

- ABENGOZAR, M.C. y SERRA, E. (1997). *Envejecimiento normal y patológico*. Valencia: promolibro.
- AINSWORTH, M.D. y BELL S.M. (1978). Apego, exploración y separación ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En Deval J. (Comp.). *Lecturas de psicología del niño*. Vol 1. Madrid: Alianza
- AINSWORTH, M.D. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- ARCIERO, G. (2004). *Estudios y Diálogos sobre la identidad personal*. Las Palmas: COP Las Palmas.
- ARCIERO, G. (2006). *Sulle tracce di sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BALBI, J. (1994). *Terapia cognitiva postracionalista: conversaciones con Vittorio Guidano*. Buenos Aires: Biblos.
- BALBI, J. (2004). *La mente narrativa*. Buenos Aires: Paidós.
- BOWLBY, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- BOWLBY, J. (1993). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1996). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1997). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- CASTAÑEDA GARCÍA, P.J. (2005). *En cardinal*. Madrid: Huerga y Fierro.
- CRITTENDEN, P.M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- DORON, R. y PAROT, F. (1998). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Akal
- ESTAÚN FERRER, S. (1997). "La dimensión temporal en el anciano: la perspectiva temporal". En Serra. *Tratado de Psicogerontología*. Valencia: Promolibro.
- FEENEY, J. y NOLLER, P. (2001). *Apego Adulto*. Bilbao: DDB.
- FUENTES, M. J. y DE LA MORENA, M. L. (1995). Las relaciones de amistad en la vida adulta y la Vejez. En A. M. González, (Comp.). *Psicología del desarrollo: teorías y prácticas*. Málaga: Aljibe.
- GAZZANIGA, M. (1999). *El pasado de la mente*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- GAZZANIGA, M. (2006). *El cerebro ético*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V. (1991). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.
- GUIDANO, V. (1999). *El modelo cognitivo postracionalista*. Bilbao: DDB
- JANES, W. (1994). *Principios de psicología*. Méjico: Fondo de cultura económica.
- LOPEZ, F. (1985). *El desarrollo de los vínculos afectivos*. Madrid: MEC.
- PERLADO, F. (1995). *Teoría y práctica de la geriatría*. Madrid: Díaz de Santos.
- QUINTANA, D. (2004 a). "El Auxiliar como agente educador en el S.A.D." Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Las Palmas Junio de 2004.
- QUINTANA, D. (2004 b). Educational intervention in home day care for seniors: A positive experience from the postrationalist-constructivist approach. Cognitive Neuroscience ageing International Congress. Palma de Mayorca, octubre de 2004.
- RABAT-ZINN, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Cairós.
- RICOEUR, P. (1991). *Sí mismo como otro*. Madrid: S. XXI.
- SALVAREZZA, L. (1988). *Psicogeriatría*. Buenos Aires: Paidós.
- SAN AGUSTÍN (2006). *Confesiones*. Madrid: Editorial Tecnos.
- SELIGMAN, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona. Vergara.

ESCALA GLOBAL DEL DETERIORO (GDS) REISBERG ET AL. (1982, 1988)

Nombre:

Varón [] Mujer []

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. Hª:

Observaciones:

Esta escala gradúa la demencia de tipo Alzheimer en 7 estadios.

<i>Estadio</i>	<i>Déficit cognitivo</i>	<i>Características clínicas</i>
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy Grave	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva):

- Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria.

GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve):

- Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:
 - a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
 - b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.
- No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.
- No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.
- Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

GDS-3 (Defecto cognitivo leve):

- Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:

- a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
 - b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
 - c) Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres.
 - d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
 - e) Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos.
 - f) Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor.
 - g) Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica.
- Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva.
 - Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.
 - Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
 - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.
 - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
 - d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
- Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:
 - a) Orientación en tiempo y persona.
 - b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
 - c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
- Incapacidad para realizar las tareas complejas.
- La negación es el mecanismo de defensa dominante.
- Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave):

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2.
- Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
- Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.
- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

GDS-6 (Defecto cognitivo grave):

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario.
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- Casi siempre recuerda su nombre.
- Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
 - a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo.
 - b) Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza.
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente.
 - d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
- Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulación.
- El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGES (A.E.G. (2000)) (FAST)

Reisberg et al (1985, 1992)

Nombre:

Varón [] Mujer []

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. H^a:

Observaciones:

Estadio Capacidad funcional	Grado de EA	relación con el MMSE
1 Sin alteraciones	Individuo normal	29±1,7
2 Dificultad subjetiva para encontrar las palabras	Individuo de edad avanzada , normal	28,2±2,7
3 Dificultad para desarrollar su actividad laboral	Demencia incipiente	23,8±4,0
4 Precisa ayuda para tareas como finanzas domésticas, planificar comidas, compra	Demencia leve	20,0±4,8
5 Precisa ayuda para seleccionar la ropa de vestir adecuada	Demencia moderada	14,4±4,8
6a Precisa ayuda para vestirse 6b Precisa ayuda para bañarse adecuadamente 6c Precisa ayuda para secarse, etc. 6d Incontinencia urinaria 6e Incontinencia fecal	Demencia moderada -grave	11,1±5,1 6,3±5,2
7a Lenguaje con escasas palabras inteligibles 7b Lenguaje con una sola palabra inteligible 7c Incapaz de deambular 7d Incapaz de sentarse 7e Incapaz de sonreír 7f Permanece inconsciente	Demencia grave	0,3±0,8

ESCALA DE ZARIT

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Item	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 84 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos.

COLECCIÓN DOCUMENTOS

Serie Documentos Técnicos

21001. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones.

21002. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones. CDROM.

21003. La accesibilidad de los programas intergeneracionales.

21004. La accesibilidad de los programas intergeneracionales. CDROM.

21005. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave.

21006. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. CDROM.

21007. Modelo de atención a las personas con daño cerebral.

21008. Modelo de atención a las personas con daño cerebral. CDROM.

21009. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidades de servicios.

21010. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidades de servicios. CDROM.

21011. Modelos de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.

21012. Malos tratos a personas mayores y personas en situación de dependencia. Curso.



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD

