

UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN CRIMINOLOGÍA



CRIMINOLOGÍA Y DELINCUENCIA JUVENIL
TESIS DOCTORAL

EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

Autor: D. ERNESTO GARCÍA SÁNCHEZ
Directora: Dra. Doña CRISTINA RECHEA ALBEROLA

Albacete, 2015 -2016

S U M A R I O

S U M A R I O.....	3
ÍNDICE DE FIGURAS (I)	5
ÍNDICE DE FIGURAS (II).....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
1ª Parte: FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	9
1.- INTRODUCCIÓN	9
2.- ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE MALTRATO	27
2.1.- Aproximación al fenómeno del maltrato.....	27
2.2.- Percepción del bienestar y estado de salud. Fragilidad.....	44
3.- MALTRATO A PERSONAS MAYORES: DEFINICIÓN Y TERMINOLOGÍA ..	63
3.1.- Definiciones institucionales	63
3.2.- Elementos comunes a estas definiciones y precisión terminológica.....	67
4.- TIPOLOGÍAS DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES	73
4.1.- Las tipologías de los malos tratos a Personas Mayores	74
4.2.- Tipificación del maltrato. Ejemplos y consecuencias	90
5.- APROXIMACIÓN CUANTITATIVA AL FENÓMENO. VICTIMIZACIÓN.....	92
5.1.- Cifras no conocidas: la denuncia.....	106
6.- ETIOLOGÍA DEL MALTRATO A MAYORES	108
6.1.- Modelos descriptivos	109
6.2.- Factores de riesgo: envejecimiento y dependencia	112
A) El envejecimiento como causa del maltrato	112
B) La dependencia como causa del maltrato	142
7.- OTROS FACTORES DE RIESGO. SITUACIONES Y PERFILES	147
7.1.- Otros factores de riesgo.....	147
7.2.- Situaciones de riesgo en el maltrato a personas mayores.....	154
7.3.- Los perfiles en el maltrato a personas mayores.....	156
7.4.- Los indicadores del maltrato	161
8.- ÁMBITOS DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES	162
8.1.- Los ámbitos de producción del Maltrato.....	162
8.2.- El Maltrato en el ámbito comunitario: accesibilidad y participación	171
A) Accesibilidad.....	171
B) Participación	189
9.- ASPECTOS PREVENTIVOS DEL MALTRATO	207
9.1.- La prevención y sus tipos	207
9.2.- Los Servicios Sociales en la prevención del maltrato	210
9.3.- La figura del Cuidador	218
9.4.- Jubilación y Envejecimiento Activo. Gerontolescencia.....	224
10.- DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS.....	228
10.1.- Criterios de detección del maltrato.....	228
10.2.- Las barreras para la detección	230
10.3.- Instrumentos de detección de MTPM	240
11.- LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO	243
11.1.- Consecuencias éticas del Maltrato	246
12.- LA PROTECCIÓN LEGAL DE LAS PERSONAS MAYORES	247
12.1.- El Derecho de las personas mayores	247
12.2.- La tutela penal frente al maltrato a las personas mayores.....	251
13.- LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.....	255
13.1.- Las propuestas de Política Criminal.....	255

2ª Parte.- INVESTIGACIÓN	276
14.- INTRODUCCIÓN	276
15.- MUESTRA.....	280
16.- ÁMBITO INSTITUCIONAL.....	284
16.1.- Muestreo y muestra resultante.....	284
16.2.- Percepción del estado de salud.....	285
16.3.- Bienestar personal	286
16.4.- Maltrato	307
16.5.- Grado de Dependencia	315
16.6.- Dependencia Económica	316
17.- ÁMBITO COMUNITARIO.....	317
17.1.- Muestreo y muestra resultante.....	317
17.2.- Participación.....	318
17.3.- Accesibilidad Universal	323
18.- CONCLUSIONES	326
18.1.- Conclusiones del trabajo teórico:	327
18.2.- Conclusiones trabajo de campo:.....	332
18.2.1. Ámbito institucional	333
A) Bienestar personal	334
B) Maltrato	339
C) Grado de dependencia	342
D) Dependencia Económica	343
18.2.2.- Ámbito comunitario	344
A) Participación.....	344
B) Accesibilidad	346
18.3.- Otros aspectos de reflexión	349
19.- ANEXOS.....	352
Anexo I) Cuestionario. MALTRATO EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL.....	353
Anexo II) Cuestionario. ÁMBITO COMUNITARIO. Participación.....	359
Anexo III) Cuestionario. ÁMBITO COMUNITARIO. Accesibilidad.....	361
Anexo IV) Instrumentos de detección (I)	363
Anexo V) Instrumentos de detección (II).....	364
Anexo VI) Datos demográficos.....	365
Anexo VII) Otras tablas de contenido diverso	369
20.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	374
21.- REFERENCIAS DE INTERNET	377

ÍNDICE DE FIGURAS (I)

1ª PARTE. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA		
Nº de figura	Concepto	Página
1	Envejecimiento y longevidad	12
2	Principales dolencias , según sexo, diagnosticadas en 2009	50
3	Sobrepeso y obesidad. 2009. % población de 65 años y más	50
4	Consumo de alimentos por los mayores de 65 años, 2012	53
5	Población que fuma diariamente, según sexo y edad, 2012	53
6	Consumidores de tabaco por sexo, mayores de 65 años 2012	54
7	Consumo bebidas alcohólicas por sexo, más de 65 años,2012	55
8	Percepción del estado de salud mayores de 65 años, 2012	56
9	Estado de salud percibido por mujeres, más de 65 años. 2012	56
10	Enfermedad declarada, grupo de edad y sexo, 2012	56
11	Principales enfermedades crónicas según sexo y edad, 2012	57
12	Tensión alta	57
13	Artrosis, artritis o reumatismo	58
14	Depresión crónica	58
15	Migraña o dolor de cabeza frecuente	58
16	Personas con dificultad para AVD, edad y sexo, 2012	59
17	Dependencia funcional según porcentajes totales sexo, 2012	59
18	Actividades cotidianas con mayor dificultad para mayores	59
19	Consumo de medicamentos según sexo y edad, 2012	61
20	Hospitalizaciones según sexo y edad, 2012	61
21	Distintos tipos de maltrato según víctima y cuidadores	96
22	Niveles de dependencia en mayores	97
23	Porcentajes de maltrato según tipología	97
24	Proporción de maltrato físico y psicológico	99
25	Él ámbito de maltrato familiar - institucional	99
26	Modalidades de Maltrato según su origen	100
27	Maltrato. Frecuencia por tipología	100
28	Maltrato por negligencia según edad	100
29	Maltrato psicológico según edad	101
30	Incremento de denuncias entre 1996 y 1999	106
31	Nacimientos anuales en España 1850 – 1990	116
32	Nacimientos anuales de España 1920-2010	117
33	Previsión de incremento de población entre 1995 y 2025	119
34	Crecimiento relativo de mayores de 65 años en España	120
35	Evolución población de ancianos en España (1991 – 2025)	121
36	Esperanza de vida al nacer entre 1900 y 1997	122
37	Incremento de la población mayor de 65 años. Proyección	122
38	Población octogenaria en España. Proyección a 2050	123
39	Diferencia numérica de población mayor, por sexos	123
40	Mayores de 60 años. Proporción por sexos hacia 2050	124
41	Generación del baby-boom. Nacimientos	125

ÍNDICE DE FIGURAS (II)

Nº de figura	Concepto	Página
42	Octogenarios 1950. Proyección, 2025	127
43	La discapacidad en España, 2013. Proyección 2050	172
44	Servicios Sociales en España. Ley 39/2006	211
45	Distribución de plazas en centros de día según gestión	215
46	Distribución de plazas de residencias según gestión	216
47	Prestaciones otorgadas por la S. Social por capítulos	260
2ª PARTE. TRABAJO DE CAMPO		
48	Cuestionarios aplicados por localidades	280
49	Gráfico de población por franjas de edad en Albacete	280
50	Gráfico de población por franjas de edad en Torrent	280
51	Permanencia en el Centro por CC. AA.	285
52	Percepción de estado de salud por CC.AA.	286
53	Percepción del estado de bienestar por CC.AA.	288
54	Acontecimientos importantes vividos según el sexo	288
55	Acontecimientos importantes vividos por CC. AA.	289
56	Relación “tiene cubiertas aquí sus necesidades físicas y sexo”	295
57	Relación entre tener cubiertas las necesidades físicas y las CC.AA.	296
58	Relación entre tener cubiertas las necesidades afectivas y sexo	296
59	Relación entre tener cubiertas las necesidades afectivas CC.AA.	297
60	Relación necesidades afectivas y físicas con estado de salud	297
61	Relación necesidades afectivas y físicas con bienestar	297
62	Relación respeto a la intimidad según sexo	299
63	Relación respeto a la intimidad por CC.AA.	299
64	Relación soledad o aburrimiento según sexo	299
65	Relación soledad o aburrimiento con CC.AA.	300
66	Mantiene relación con familiares / amigos, según sexo	301
67	Mantiene relación con familiares / amigos por CC.AA.	301
68	La relación con las visitas según estado de salud	302
69	La relación con las visitas según el sexo	302
70	La relación con las visitas según CC.AA.	303
71	Relación personal con los cuidadores según sexo	303
72	Relación personal con los cuidadores según CC.AA.	304
73	Relación personal con los directivos, según sexo	304
74	Relación personal con los directivos, por CC.AA.	305
75	El estado general en la Residencia según sexo	305
76	El estado general en la Residencia según CC.AA.	305
77	El estado general en la Residencia según estado de salud	306
78	Alguien ha cogido cosas suyas sin su consentimiento por sexo	314
79	Se facilita la participación. Percepción según ámbitos	320
80	Favorecimiento de “envejecimiento activo” por el Estado	320
81	Principales tipos de limitaciones para la movilidad	323

ÍNDICE DE TABLAS

1ª PARTE. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA		
Nº de tabla	Concepto	Página
1	Principales dolencias diagnosticadas en mayores, 2009	49
2	Hombres con dependencia funcional	60
3	Mujeres con dependencia funcional	60
4	Actividades cotidianas dificultosas para los mayores	61
5	Tipo de medicamento consumido según sexo y edad	62
6	Ancianos maltratados en la familia 2000 – 2003	101
7	Incidencia de maltrato por sexo 2000 -2003	102
8	Evolución de la prevalencia x 1.000	102
9	Incremento del maltrato en la pareja 2000 - 2003	102
10	Ancianos maltratados por su pareja sobre el total 2000-2003	102
11	Ancianos asesinados en el ámbito familiar 2000 - 2003	103
12	Ancianos asesinados por su pareja 2000-2003	103
13	Número total de casos de maltrato por tipo y por género	105
14	Porcentaje de personas mayores maltratadas por tipo y sexo	105
15	Porcentaje de la población de ancianos y previsión 1991 - 2025	121
16	Tipo de negligencia y maltrato según dependencia	145
17	Tipo de maltrato observado. Prevalencia	167
2ª PARTE. TRABAJO DE CAMPO		
18	Centros de aplicación del cuestionario. Ámbito institucional	281
19	Centros de aplicación del cuestionario. Ámbito comunitario	282
20	Tabla de contingencia estado de salud y percepción de bienestar	287
21	Autoevaluación emocional en porcentajes	289
22	Relación estado de salud y cuestiones sobre estado emocional	291
23	Relación entre bienestar y cuestiones sobre estado emocional	292
24	Relación entre edad y cuestiones sobre estado emocional	293
25	Relación Comunidad Autónoma y cuestiones de estado emocional	293
26	Personas que prestan apoyo	294
27	Tiene cubiertas sus necesidades físicas y afectivas	295
28	El día a día en el Centro: intimidad / soledad	298
29	Mantiene relación con familiares / amigos	300
30	Relaciones con el personal del Centro	302
31	Niveles de dependencia	307
32	Actividades de la vida diaria en que precisa ayuda	308
33	Número de AVD en las que precisa ser ayudado	308
34	Necesidades básicas. Frecuencias	309
35	Aspectos de maltrato y reiteración de la conducta	309
36	Situaciones que implican miedo o temor	312
37	Participación en asuntos públicos, según sexo	318
38	Se facilita la participación. Percepción según sexo	319
39	Tiene suficiente contacto con la familia, según sexo	321
40	Impedimentos a la participación en asuntos públicos, según sexo	322

1ª Parte: FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES TEÓRICOS

1.- INTRODUCCIÓN

Nuestro trabajo tiene como objetivo final el estudio de “El maltrato a las personas mayores” centrándose ahora en los ámbitos institucional y comunitario para luego incorporar información relacionada con el ámbito familiar. Según Morillas Fernández, D. “Malos tratos a personas mayores: otra forma de violencia”, RECPC 02-r4 (2000), p-1, existen tres grupos de intenso riesgo como elementos más desprotegidos de la unidad familiar, a saber:



1.- Cónyuges y compañeros sentimentales especialmente en momentos próximos en el tiempo a la ruptura. Los autores son abrumadoramente varones sobre las mujeres.

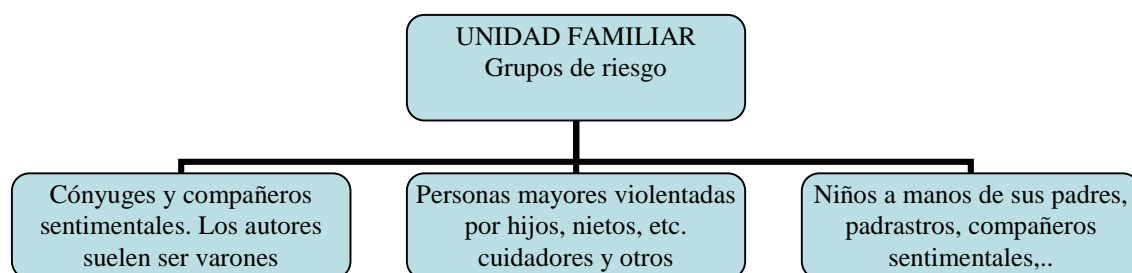
2.- Personas mayores, violentadas por hijos, nietos u otros elementos del propio marco familiar y, en su caso, por cuidadores, directivos y miembros de las instituciones en las que se hallan residiendo, objeto –como sabemos en el que vamos a centrar nuestro trabajo actual.

3.- Niños a manos de sus padres, padrastros o compañeros sentimentales de la madre. No suele darse el caso inverso.

Se trata de uno de los fenómenos de mayor repercusión en los ámbitos jurídicos y sociales, que goza de gran proyección mediática en la actualidad, pero que tradicionalmente se ha venido desarrollando en la esfera privada y oculta en la práctica.

En este marco, conviene recordar tres obras que tuvieron la virtud de tratar valientemente, en un tiempo mucho más reticente a desvelar estos problemas que el actual, los aspectos claves de la violencia familiar:

“The Battered Child Syndrome (El síndrome del niño maltratado)” (Kempe et al., 1962), que abordó el tema del maltrato infantil; “Scream Quietl y or the Neighbours Will Hear (Grita bajo, los vecinos podrían oírte)” (Pizzey, 1974), obra pionera en el tratamiento del tema de la violencia en la pareja (descrita inicialmente de los varones a las mujeres), y “Granny Battering (Maltrato a los ancianos)” (Burston, 1975), que describió los fenómenos de maltrato con personas mayores.



A estas alturas del desarrollo, no existe un acuerdo generalizado acerca de lo que significa ser una persona mayor. Morillas Fernández informa de que “Naciones Unidas, en sus diferentes documentos, en lugar de utilizar otros términos del léxico común, como mayor, jubilado, retirado, persona de tercera edad, viejo, etc., se inclina por la referencia a personas mayores, para quienes tienen más de sesenta años, mientras que la tendencia europea restringe esta denominación para quienes tiene los sesenta y cinco, en una concepción más ajustada a las tendencias y realidades sociales”.

Según Iborra Marmolejo, I “Violencia contra las personas mayores”. Ariel, 2005:20 ... “incluso en ciertas estadísticas se habla de ancianos cuando éstos tienen 50 años y más,... se percibe una tendencia entre los profesionales... a incluir en este grupo de edad a aquellos que ya han cumplido los 70 – 75 años”.

La vejez es un término abstracto difícil de definir ya que no existe un momento concreto en el tiempo que pasemos de la edad adulta a la vejez. Generalmente nos hemos referido a la vejez como una etapa vital centrada en los años, es decir algo cronológico que se asume a los 65 años, o en el momento en el que salimos del mercado laboral. Sin embargo, es fácil darse cuenta que esta definición es demasiado limitada y no describe la realidad de las personas mayores en la actualidad, puesto que el aumento de la esperanza de vida ha propiciado una reformulación de los ciclos o etapas vitales que tradicionalmente configuraban la vida de una persona.

La Unión Europea, en los años noventa, establece que se tendría que diferenciar entre tercera y cuarta edad, desde una perspectiva legal y de prestación de servicios sociales¹. No obstante, y al igual que dentro de cualquier otro grupo de edad, las personas mayores son un grupo heterogéneo con intereses, deseos y necesidades diferentes. Por ello, se hace necesario observar la realidad, analizar las etiquetas que se les han atribuido a las personas mayores para redefinirlas de una manera más justa y acertada.

El descenso de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida son realidades que han provocado un envejecimiento de la población en las últimas décadas, de manera que la población de más edad ha alcanzado un peso cuantitativo relevante sobre el total de la población.

La reducida tasa de natalidad viene siendo un cambio demográfico generalizado a nivel europeo. En 2011 por cada 1000 habitantes se producen menos de 10 nacimientos, aproximadamente diez nacimientos menos que en 1975.

Paralelamente, la esperanza de vida ha alcanzado tasas históricas. En 2011 la esperanza de vida de una persona al nacer es de unos 82 años mientras que 20 años atrás era de unos 77 años.

En la actualidad tanto hombres como mujeres pueden vivir más años que en décadas pasadas, aunque la esperanza de vida para las mujeres es seis años superior a la de los hombres (85,51 años en el caso de ellas y 79,14 en el de ellos). Una diferencia que ha ido disminuyendo paulatinamente en los últimos años².

El índice de envejecimiento de la población da cuenta del peso que ha ido adquiriendo la población de más edad en los últimos años. A fecha de 2012 por cada 100 niños y niñas de menos de 16 años hay 141,55 personas de 65 años o más, mientras que hace dos décadas por cada centenar de menores de dicha edad había 73,90 personas de 65 o más años. Sin duda, la pirámide poblacional esta viéndose modificada con respecto a la tendencia que tradicionalmente apuntaba (gran peso de los estratos de menor edad y menor presencia en los grupos demás edad)³. Además, dentro del grupo de personas mayores el peso de quienes tienen una edad todavía más avanzada también ha incrementado.

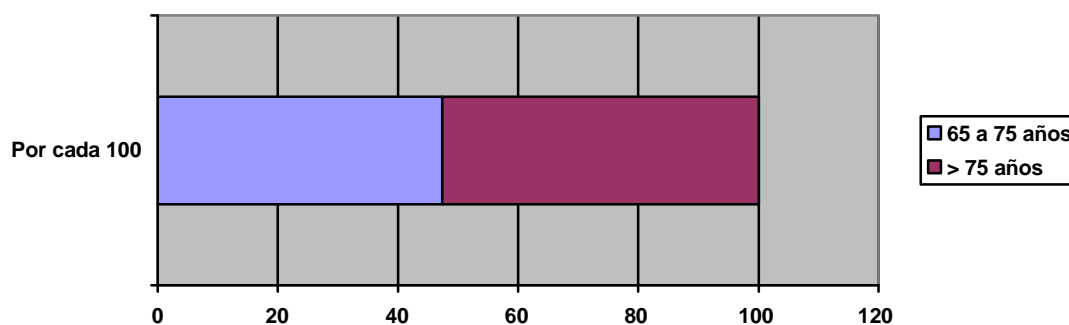
¹ La tercera edad comprendería el intervalo de los 65 a 80 años, y la cuarta edad haría referencia a las personas mayores de 80 años.

² En 1991 la esperanza de vida de las mujeres era 8 años superior a la de los hombres.

³ Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos. Índice de envejecimiento o longevidad.

Atendiendo al índice de sobre envejecimiento o longevidad puede observarse como por cada 100 personas de 65 años o más hay 52,62 personas de más de 75 años.

Figura 1.- Envejecimiento y longevidad



Además, las predicciones de población vaticinan un incremento porcentual del envejecimiento que casi duplicará al actual y se proyecta una población para el 2050 de 554.765 personas que habrán superado el umbral de los 65 años.

Este segmento de la población representará entonces el 38,7% de la población total (el 13,9% en el caso de las personas con más de 80 años). El panorama demográfico futuro presenta una sociedad envejecida en la que casi cuatro de cada diez personas serán personas mayores.

El 37,4% de las personas de 65 o más años reside con su pareja, el 30,5% vive en hogares multigeneracionales en su propia casa. Sólo el 3,6% de las personas de esta edad residen en hogares multigeneracionales cuya propiedad es de los hijos o las hijas y un 3,7% vive en otro tipo de hogares.

A medida que aumenta la edad, la proporción de personas que residen en hogares unipersonales, en hogares multigeneracionales en casa de hijos o hijas aumenta o en otro tipo de hogares (27,4%, 9,4% y 5,3% respectivamente). El porcentaje de personas que viven solas ha incrementado en los últimos años. Tomando como referencia datos procedentes del INE se advierte un incremento de casi 3 puntos en el peso de los hogares unipersonales de personas de 65 o más años en los últimos 15 años.

Según datos de 2010 casi 2 de cada 10 personas de dicha edad viven solas (el 17,06% en 1995) y es significativa la diferencia en función del sexo siendo superior el porcentaje de mujeres de 65 años o más que viven solas (27,50%) frente al de los hombres (9,34%).

Por lo que hace referencia al nivel de instrucción, en torno a cuatro de cada diez personas (39,78%) cuentan con estudios primarios, carecen de estudios o son personas analfabetas. En el caso de las personas mayores el porcentaje se duplica ya que casi ocho de cada diez (78,24%) tiene estudios primarios, carece de estudios o es analfabeta. Concretamente un 83,32% de las mujeres y un 71,16% de los hombres de 65 o más años carece de estudios o no supera el nivel de estudios primarios. Sin duda, a medida que disminuye la edad de la población los niveles de instrucción son más altos. Así, un 23,8% de la población cuenta con estudios medios superiores mientras que entre la población de 65 o más años un 7,12% cuenta con titulaciones superiores.

Del total de personas analfabetas casi siete de cada diez (69,12%) son personas de 65 o más años. Además, entre el total de personas analfabetas demás de 65 años las mujeres representan más de tres cuartas partes (77,75%).

El 10,11% de las personas de 65 o más años carecen de estudios. Concretamente las personas de 65 o más años representan el 73,97% del total de personas sin estudios.

Las mujeres vuelven a formar el grueso de las personas sin estudios en este tramo de edad ya que el 63,84% de las personas de 65 o más años sin estudios son mujeres. Por el contrario, las personas de más edad ocupan un peso reducido entre las personas con estudios universitarios ya que sólo un 4,96% de las personas con estudios superiores tienen 65 o más años. Un 3,44% de las personas de 65 o más años tiene estudios superiores y las mujeres representan el 26,66% del grupo de personas mayores con estudios superiores⁴.

En cuanto al nivel de ingresos es a partir de los 70 años cuando las rentas disminuyen paulatinamente. A medida que aumenta la edad la renta personal media disponible disminuye aunque en el caso de las mujeres no se advierten grandes variaciones ya que a partir de los 70 años la renta de estas fluctúa en una horquilla de entre 10.000 y 12.000 euros mientras que en el caso de los hombres disminuye de los 15.000 euros aproximadamente a los 12.000 euros.

Sin duda, una de las grandes diferencias radica en la renta diferenciada en función del sexo siendo las mujeres quienes cuentan con una renta personal media disponible más baja.

⁴ Para este cálculo se ha tomado como referencia la población de 65 o más años a 01/01/2010.

Tratándose de un problema esencialmente ligado a la naturaleza humana, la cuestión del **Maltrato a las personas mayores** es tan antigua como la propia vida del hombre sobre la tierra, con los altibajos propios de las peculiaridades sociales y culturales de cada época, manteniéndose concepciones de la ancianidad, de lo más diverso. El maltrato puede enfocarse desde una doble perspectiva, a saber: a) desde el punto de vista del pasado más remoto y b) atendiendo a un pasado más reciente.

Desde el punto de vista del pasado más remoto, tratándose de un problema esencialmente ligado a la naturaleza humana, la cuestión es tan antigua como la propia vida del hombre sobre la tierra, con los altibajos propios de las peculiaridades sociales y culturales de cada época, manteniéndose concepciones de la ancianidad, de lo más diverso:

En la antigua Grecia, dicen los historiadores que cuando se tenía la suerte de llegar a una edad avanzada, se celebraba una fiesta en honor del anciano al que después se le despeñaba, ya que el resto de la vida sería una “enfermedad crónica e incurable”, según Hipócrates.

En Roma, el respeto por la vejez adquirió características institucionales. El “pater” era respetado en sus facultades de potestad cualquiera que fuese su edad. Como culminación política surgió el Senado, que era el Consenso de Ancianos, cuya influencia en el desarrollo del Imperio fue trascendente. Lo mismo podemos afirmar de lo que los textos bíblicos relatan sobre la vejez en el pueblo judío. La palabra “zaken”, significa “vejez” en hebreo, pero también sabio o decano. Durante la Edad Media existían instituciones destinadas a cuidar ancianos y desvalidos.

En todas las épocas, sin embargo y salvo ejemplos puntuales, la sociedad patriarcal solía ofrecer una cierta dicotomía: por un lado, estaban los ancianos con dominio económico y social que se traducían en respeto, veneración e incluso subordinación, hasta el punto de que los jóvenes ansiaban llegar a esa edad para alcanzar y asumir la dignidad; por otra parte, siempre ha existido una gran masa de ancianos maltratados en épocas difíciles, por su escasa posibilidad de producción y su gran necesidad de cuidados, imposibles de satisfacer en épocas de crisis.

Y no hablemos de las “ancianas” a quienes la historia de la humanidad ha constatado un tratamiento basado en su discriminación, marginación y olvido.

No tiene mucho que ver el hecho de que **el siglo XX** sea considerado por algunos como el más violento de la historia -guerras mundiales incluidas- para la génesis del fenómeno, pero sí para su toma en consideración. Sólo a partir de 1988, en el Reino Unido, se empezó a tener en cuenta este problema, si bien a mediados de los setenta, algunos médicos lo habían identificado con lo que entonces se denominó “granny battering”, abuelitas “machacadas”. Formalmente, el maltrato a las personas de edad fue detectado desde mediados de los años setenta, pero no es hasta la década siguiente – y en los Estados Unidos – cuando se institucionaliza el término de elder abuse, entendiéndose que este fenómeno violento es ampliamente desconocido en la actualidad (Bennett, Kingston y Penhale, 1997, 1 citado por Bazo, M^a T., Hurkoa, 2006: 41). Es un problema que se da en todas las sociedades ya que la violencia en general (como se afirma en otro lugar) y la violencia familiar en particular no es más que el resultado de la capacidad de los seres humanos para hacer daño, voluntario o involuntario. En el plano internacional todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia. Y no porque se ignore su existencia, sino sencillamente porque se produce en el anonimato social y político más cruel. (Bazo, M^a.T., 2006: 41).

Lo cierto es que ha sido en la última mitad del siglo pasado cuando ha aumentado considerablemente el grado de sensibilidad social por el fenómeno de la violencia y del maltrato: así se empieza a prestar atención en primer lugar al maltrato infantil (años 60), en segundo lugar a la violencia contra la mujer (años 70) y, por último, ya en la década de los 80, al maltrato y la negligencia de que son víctimas las personas mayores (Iborra Marmolejo, I. 2005:17).

Pero, en realidad lo que ocurre hasta la segunda mitad del siglo pasado –según hemos apuntado anteriormente- no es inexistencia del fenómeno, sino la falta de sensibilización social hacia el mismo, puesto que muchos comportamientos como golpear, martirizar emocionalmente a mujeres, niños o ancianos en el ámbito del hogar, eran tenidas hasta entonces como normales. La copla lo sintetizaba muy gráficamente: “la maté porque era mía...”, pero el mismo sentimiento de posesión, de dominio y de poder omnímodo que se ejercía mujeres era practicado de modo semejante con ancianos o con niños. Este tipo de conductas eran consideradas “asuntos privados” en los que no debía intervenir entidad ajena alguna y, en particular, el Estado.

Para José Sanmartín, el maltrato de personas mayores es “un atentado contra los derechos humanos materializado en la conculcación del derecho a la integridad física o psíquica que, además, produce grandes costes económicos y sociales”. En los tres casos -niños, mujeres y ancianos – estamos ante cuestiones públicas y no privadas. Para los tres casos, por tanto, la agenda de los políticos debería hacer un hueco. La realidad es que así ha sucedido con el maltrato infantil y la violencia contra la mujer. Desgraciadamente no creemos que el maltrato de personas mayores haya concitado la misma atención (Sanmartín, J., 2003: 3).

En el pasado reciente, se han intensificado los estudios sobre la cuestión que tratamos, pese a que los esquemas actuales de la vida de las familias no siguen la línea de favorecer la atención y cuidado de los ancianos fenómeno estimulado por la irrupción de la mujer al mundo de trabajo fuera del domicilio en el que tantos años ha desempeñado su actividad como ama de casa y cuidadora permanente de sus moradores.

De los estudios conocidos, llevados a cabo acerca del maltrato a las personas mayores, se obtienen consecuencias, tanto de orden metodológico como de orden práctico que nos llevan a la reflexión que pretendemos. En el primer aspecto, deducimos la relativa modernidad del estudio del fenómeno lo que coadyuva a la escasez de datos, de estrategias y de soluciones al problema, cuya magnitud se evidente.

Con Altamira de Juana (Altamira, 189), podemos concluir que, en el **ámbito internacional**, es preciso remontarse al año 1975 para encontrar las primeras referencias bibliográficas sobre el abuso al anciano.

La sensibilización ante este fenómeno como un problema público comienza sobre todo en USA en 1978, cuando se convoca una comisión gubernamental para la investigación de la violencia familiar y en 1986 se crea el Comité Nacional para la Prevención del Abuso del Anciano formado por un equipo multidisciplinar con el objeto de fomentar la investigación y promover programas y servicios para dar respuesta a las necesidades detectadas, a las víctimas y a las familias. Es en España en el año 1990 cuando en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología celebrado en Las Palmas, se efectúa la primera aportación pública por Marín, N y otros. (Marín, N., 1990: 25).

La **Declaración de Almería**, fruto de la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, del año 1996, constituye un documento básico que se aporta a los organismos públicos del Estado para recabar su atención y con ello demandar fondos para la investigación, educación y demás servicios que se consideren necesarios.

En ella se acuerda definir el maltrato al anciano, según anticipamos más arriba, en el apartado de conceptualización, como “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente. (Kessel,H.,Marín, N.,Maturana, N.,Castañeda, L.,Pageo, M.M., Carrión, J.L., 1996: 31).

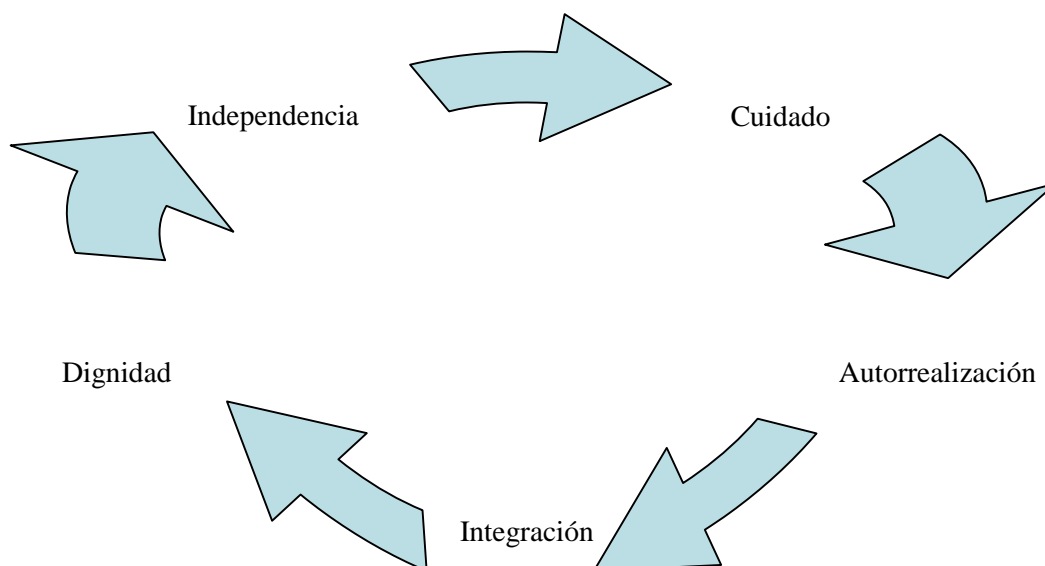
La adopción de medidas relativas a este problema requiere replantearse políticas y estrategias de actuación que van más allá de las meras mantenedoras de la calidad de vida para acceder a otras de índole social, económica, jurídica y de protección.

Y en esa línea, existen diversos **ejemplos de instituciones internacionales**: En 1982, la V Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento aprobó el Plan Internacional de Viena sobre el Envejecimiento; La Asamblea General de las Naciones Unidas con fecha 16 de diciembre de 1991 en su Resolución 46/91 se refiere a la Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas aprobando los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad; en 1992, la Asamblea aprobó ocho objetivos mundiales para el año 2011 y una guía breve para el establecimiento de objetivos nacionales; en 1992, como conmemoración del décimo aniversario de la aprobación del Plan sobre el Envejecimiento, la Asamblea General adoptó la Proclamación sobre el Envejecimiento. La Asamblea aprueba los Principios a favor de las Personas de Edad y alienta a los Gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales, políticas de promoción sociales y educativas tendentes a potenciar y garantizar estos principios.

El Comité de Derechos Sociales y Culturales de Naciones Unidas responsable de vigilar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por 141 Estados – entre ellos, España -, establece los principios básicos respecto a los derechos de estas personas, principios relacionados con garantías sobre:

La “**independencia**” conlleva tener acceso a alimentación, vivienda, etc., tener oportunidad de trabajar, acceso a programas educativos y residir en domicilio.

“**Participación**” supone la permanencia en la **integración** dentro de la sociedad, poder prestar servicios a la comunidad y similares. “**Cuidados**” quiere decir disfrutar de la protección adecuada, acceso a los servicios de atención a la salud, sociales y jurídicos disfrutando de derechos humanos y libertades fundamentales. La “**Autorrealización**” demanda poder aprovechar las oportunidades para poder desarrollar plenamente las potencialidades, tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, recreativos. La “**Dignidad**” exige poder vivir en seguridad, libre de explotaciones y de malos tratos recibiendo un trato digno (Morillas Fernández, D. Obra citada).



La OMS (Organización Mundial de la Salud), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, de 3 de octubre de 2002, primer informe que aborda la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo, hace referencia a que el maltrato de los ancianos es uno de los rostros más ocultos de la violencia y que además tiene muchas posibilidades de aumentar ya que en muchos países la población está envejeciendo rápidamente.

Desde el punto de vista práctico, llegamos a la conclusión de que el maltrato al anciano emerge como problema social recientemente, lo que no significa que el problema no existiera, porque siempre ha existido.

Pero debido al creciente envejecimiento de la población, es muy recientemente cuando se han comenzado a presentar signos de alarma social y preocupación por parte de las Instituciones.

Afortunadamente este fenómeno del olvido público no se ha reproducido en los organismos internacionales, que desde los años 80 vienen reflexionando sobre el tema y sumando declaraciones en las que se identifica el problema, cada vez con mayor contundencia, pudiendo considerar que EE UU ha sido pionera en este tipo de análisis. En España, pese a la implicación de muchos profesionales – en especial la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, que ya en 1990 presentó una ponencia sobre el tema en el Congreso Nacional de la especialidad – no se produjo una manifestación de consenso hasta la Declaración de Almería de 1996.

Hoy podemos decir, sin embargo, que disponemos de múltiples referencias que parten de la Declaración del Comité Nacional para la Prevención de Abuso al Anciano, (EE UU, 1996) que implican a los profesionales sanitarios desde hace años (Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial, 1998) y que han propiciado la creación de una red internacional para la prevención del abuso y el maltrato en la vejez (INPEA, 1997). Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la llamada Declaración de Toronto abundando en el mismo tema.

Dentro de lo reciente de la sensibilización social por el fenómeno que analizamos, existen grandes diferencias de localización en el espacio: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido fueron pioneros en el estudio del fenómeno.

En los 90, se despertó en el Reino Unido un gradual incremento del interés por el maltrato y negligencia de que son víctimas las personas mayores. En un primer momento se estudiaron las situaciones de violencia que surgían en el ámbito doméstico. Más recientemente, sin embargo, el interés se ha desviado hacia las situaciones que tienen lugar en los entornos institucionales.

El caso es que a estas alturas de la historia de la civilización se ha empezado a reconocer en el contexto científico internacional que los ancianos constituyen una población susceptible de recibir malos tratos.

Por lo reciente de su celebración y por el relevante contenido de sus conclusiones referidas al asunto de estudio que nos ocupa, no debemos dejar de hacer constancia, aunque somera, del contenido del VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores celebrado en Madrid los días 22 y 23 de abril de 2007, organizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), bajo el título – en interrogante- ¿Una Sociedad para todas las edades?

El objetivo básico del Congreso es preparar la denominada “Revisión y cumplimiento del Plan de Acción Internacional de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y de las Recomendaciones del Foro de ONG’s paralelo”.

En 1982 y bajo los auspicios de la Organización de Naciones Unidas, tuvo lugar en Viena la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que supuso un hito en la toma de conciencia del fenómeno y en el debate e impulso de políticas sociales hacia las personas mayores. Aquella Asamblea consideró oportuna la propuesta de una nueva convocatoria, una vez hubieran transcurrido dos décadas. Del 8 al 12 de abril de 2002 se llevó a cabo en Madrid la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que concluyó con una Declaración Política y Plan de Acción Internacional cuya revisión es la que ahora corresponde.

En la década de los 90, ante la creciente pujanza de las Organizaciones No Gubernamentales, surgió, por parte de los movimientos sociales, la iniciativa de convocar de forma simultánea a Foros paralelos, en los que el protagonismo lo tuvieran las ONG’s ya que consideraban que su presencia no tenía suficiente relevancia.

Pues bien, los análisis y objetivos de la II Asamblea fueron compartidos con amplitud por el Foro de ONG’s, destacando como objetivo primordial el apoyo a la participación de la sociedad civil en el nuevo Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas.

En otros lugares del presente documento se incorporan determinadas aportaciones emanadas del Congreso que referimos.

El envejecimiento de la población supone un fenómeno global de las sociedades desarrolladas que, más allá de ser entendido como una amenaza, debe ser considerado como un logro eminentemente positivo. Actualmente son más las personas mayores que llegan a edades más avanzadas, pero además, quienes alcanzan estas edades lo hacen en condiciones notablemente mejores.

A pesar de que gran parte de las teorías sociológicas o psicosociales que tradicionalmente han abordado la vejez y el envejecimiento se han centrado en el proceso de desvinculación, asociando esta etapa vital con la retirada de la persona mayor de la vida activa, la realidad actual ha puesto de manifiesto que puede haber tantas formas de envejecer como personas en el mundo. Ahora bien, resulta comprensible que algunas de estas formas de envejecer son preferibles a otras.

Tradicionalmente los estudios sobre el envejecimiento y las personas mayores se han basado en la perspectiva demográfica e incluso economicista proyectando una imagen de las personas mayores como demandantes de ayuda, cuidados y apoyo económico y no tanto como personas que contribuyen al bien común. No es hasta la época más reciente cuando los estudios gerontológicos empiezan a poner el acento en el envejecimiento activo y la participación social de las personas mayores. Esta nueva concepción del envejecimiento tiene su fundamento en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, formulado en 1982 en el marco de la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

A esta Asamblea le siguió en 2002 la segunda que tuvo lugar en Madrid y en la que se adoptó el nuevo Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento. Paralelamente en 1999 se proclamó el Año Internacional de las personas de edad con el lema «Una sociedad para todas las edades».

A **nivel nacional** se puede destacar el Plan Gerontológico de 1992 como uno de los primeros referentes. El Plan, elaborado entre 1988 y 1991, se considera la primera respuesta global, social y política, en materia de personas mayores. La continuación de este Plan se encuentra en el Plan de Acción de las Personas Mayores 2003–2007.

En paralelo a la celebración de las Asambleas Mundiales sobre envejecimiento, se han celebrado en España dos Congresos Estatales de Personas Mayores:

El primero, en 1998, bajo el lema «Las personas mayores ante el siglo XXI: Hacia una mayor calidad de vida». El segundo, celebrado en 2001 cuyo lema fue «Una sociedad para todas las edades».

Con la **revolución industrial** y el desarrollo, durante el pasado siglo, fue cambiando la óptica, derivando en una tergiversación de la escala de valores entre lo valioso y lo menos válido de la edad.

Se elevó y se enaltecó el valor de la juventud, de lo bello y de lo eficaz en términos productivos modernos, surgiendo una suerte de “desvalorización” de la persona por el solo transcurso de los años. Así hemos derivado en un mundo que mantiene una masa de ancianos desvalidos que ya no son “patriarcas”, sino un auténtico “peso familiar y social”, con todas las derivaciones que de ello se deducen y que hacen de las personas mayores un conglomerado de víctimas silenciosas de un cúmulo de modalidades de formas de maltrato.

Algunos estudios históricos refieren obras literarias de siglos de antigüedad en las que aparecen descritas situaciones que hoy en día calificaríamos de maltrato (Rheinharz, 1986). Un ejemplo podría ser el caso de El rey Lear, del dramaturgo inglés William Shakespeare (citado por Pénale Bridget, 2003: 7).

En esta obra se observa que el tratamiento que dispensan dos de las hijas del rey a éste, se considera hoy día, maltrato.

No tiene mucho que ver el hecho de que el siglo XX sea considerado por algunos como el más violento de la historia -guerras mundiales incluidas- para la génesis del fenómeno, pero sí para su toma en consideración. Sólo a partir de 1988, en el Reino Unido, se empezó a tener en cuenta este problema, si bien a mediados de los setenta, algunos médicos lo habían identificado con lo que entonces se denominó “granny battering”, abuelitas “machacadas”.

Formalmente, el maltrato a las personas de edad fue detectado desde mediados de los años setenta, pero no es hasta la década siguiente – y en los Estados Unidos – cuando se institucionaliza el término de elder abuse, entendiéndose que este fenómeno violento es ampliamente desconocido en la actualidad (Bennett, Kingston y Penhale, 1997, 1 citado por Bazo, M^a T., Hurkoa, 2006: 41).

Es un problema que se da en todas las sociedades ya que la violencia en general (como se dijo anteriormente) y la violencia familiar en particular no es más que el resultado de la capacidad de los seres humanos para hacer daño, voluntario o involuntario.

En el plano internacional todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia. Y no porque se ignore su existencia, sino sencillamente porque se produce en el anonimato social y político más cruel. (Bazo, M^a.T., 2006: 41).

Lo cierto es que ha sido en la última mitad del siglo pasado cuando ha aumentado considerablemente el grado de sensibilidad social por el fenómeno de la **violencia y del maltrato**: así se empieza a prestar atención en primer lugar al maltrato infantil (años 60), en segundo lugar a la violencia contra la mujer (años 70) y, por último, ya en la década de los 80, al maltrato y la negligencia de que son víctima las personas mayores (Iborra Marmolejo, I. 2005:17).

Desde el punto de vista de un pasado más reciente, según los estudios conocidos, llevados a cabo acerca del maltrato a las personas mayores, se obtienen consecuencias, tanto de orden metodológico como de orden práctico que nos llevan a la reflexión que pretendemos.

Desde el punto de vista práctico, llegamos a la conclusión de que el maltrato al anciano emerge como problema social recientemente, lo que no significa que el problema no existiera, porque siempre ha existido.

Pero debido al creciente envejecimiento de la población, es muy recientemente cuando se han comenzado a presentar signos de alarma social y preocupación por parte de las Instituciones.

Dentro de lo reciente de la sensibilización social por el fenómeno que analizamos, existen grandes diferencias de localización en el espacio: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido fueron pioneros en el estudio del fenómeno. En los 90, se despertó en el Reino Unido un gradual incremento del interés por el maltrato y negligencia de que son víctimas las personas mayores.

En un primer momento se estudiaron las situaciones de violencia que surgían en el ámbito doméstico. Más recientemente, sin embargo, el interés se ha desviado hacia las situaciones que tienen lugar en los entornos institucionales. El caso es que a estas alturas de la historia de la civilización se ha empezado a reconocer en el contexto científico internacional que los ancianos constituyen una población susceptible de recibir malos tratos.

Afortunadamente este fenómeno del olvido público no se ha reproducido en los organismos internacionales, que desde los años 80 vienen reflexionando sobre el tema y sumando declaraciones en las que se identifica el problema, cada vez con mayor contundencia.

Podemos considerar que EE UU ha sido pionera en este tipo de análisis. En España, pese a la implicación de muchos profesionales – en especial la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, que ya en 1990 presentó una ponencia sobre el tema en el Congreso Nacional de la especialidad – no se produjo una manifestación de consenso hasta la Declaración de Almería de 1996.

Hoy puede decirse, sin embargo, que disponemos de múltiples referencias derivadas de la Declaración del Comité Nacional para la Prevención de Abuso al Anciano, (EE UU, 1996) que implican a los profesionales sanitarios desde hace años (Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial, 1998) y que han propiciado la creación de una red internacional para la prevención del abuso y el maltrato en la vejez (INPEA, 1997). Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la llamada Declaración de Toronto abundando en el mismo tema.

Por lo reciente de su celebración y por el relevante contenido de sus conclusiones referidas al asunto de estudio que nos ocupa, no debemos dejar de hacer constancia, aunque somera, del contenido del VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores celebrado en Madrid los días 22 y 23 de abril de 2007, organizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), bajo el título – en interrogante- ¿Una Sociedad para todas las edades? y cuyo objetivo básico es preparar la denominada “Revisión y cumplimiento del Plan de Acción Internacional de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y de las Recomendaciones del Foro de ONG’s paralelo”.

En 1982 y bajo los auspicios de la Organización de Naciones Unidas, tuvo lugar en Viena la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que supuso un hito en la toma de conciencia del fenómeno y en el debate e impulso de políticas sociales hacia las personas mayores. Aquella Asamblea consideró oportuna la propuesta de una nueva convocatoria, una vez hubieran transcurrido dos décadas.

Del 8 al 12 de abril de 2002 se llevó a cabo en Madrid la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que concluyó con una Declaración Política y Plan de Acción Internacional cuya revisión es la que ahora corresponde.

En la década de los 90, ante la creciente pujanza de las Organizaciones No Gubernamentales, surgió, por parte de los movimientos sociales, la iniciativa de convocar de forma simultánea a Foros paralelos, en los que el protagonismo lo tuvieran las ONG's ya que consideraban que su presencia no tenía suficiente relevancia. Pues bien, los análisis y objetivos de la II Asamblea fueron compartidos con amplitud por el Foro de ONG's, destacando como objetivo primordial el apoyo a la participación de la sociedad civil en el nuevo Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas.

En otros lugares del presente documento se incorporan determinadas aportaciones emanadas del Congreso que referimos.

En la sociedad occidental actual, donde ser joven es un valor, y una meta conseguir o mantener la fuerza, el vigor o la belleza de la juventud, y donde la vejez representa todo lo negativo de la vida y se rechaza, ha predominado y sigue predominando un estereotipo negativo sobre esta etapa de la vida.

Los estereotipos y prejuicios que consideran la vejez como un fenómeno negativo inciden negativamente en su percepción y ejercen su influencia en tal sentido. Juan Montañés Rodríguez y José Miguel Latorre Postigo en su libro *Psicología de la vejez* (2004) realizan un estudio pormenorizado acerca de la cuestión de los prejuicios y los estereotipos sobre la vejez, en el que basamos nuestras siguientes reflexiones y que tanto pueden influir en las situaciones de maltrato, puesto que las imágenes sociales proyectadas sobre esa de edad de las personas no constituyen un concepto inocente, ni siquiera fortuito, ya que van a estar en la base de las relaciones que establezcamos con las personas mayores y del tratamiento que la propia sociedad va a dar a la vejez, lo que tendrá un significado esencial en las políticas sociales dirigidas a ese colectivo.

Y ciertamente, en las últimas décadas estamos asistiendo a un descubrimiento de la vejez que está propiciando un cambio de concepto sobre la misma, tanto desde el punto de vista social como científico. Ello debido en parte a que la pirámide de población se está invirtiendo y las personas mayores se están convirtiendo en un sector de población cada vez más influyente desde el punto de vista social, político, sanitario, económico, etc. El estereotipo, por tanto, no sólo ha definido bien o mal al anciano, sino que ha influido sobre él, y le ha condicionado para adaptar su comportamiento a lo que de él se esperaba.

En la actualidad, aun sin negar la existencia de un posible declive cognitivo en edades muy avanzadas, debido a un deterioro neuronal, se está cuestionando mucho que éste ocurra de la misma forma e igual ritmo para todo tipo de inteligencia o de memoria y para la población en general. Diferentes estudios nos dicen que aunque el cerebro se deteriora con la edad, cuenta con mecanismos de compensación suficientes para que la mayoría de las personas no sufran pérdidas sustanciales de las facultades cognitivas generales (Craig, 1988 citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 1999: 85).

Hoy día sabemos que la vejez no sólo es consecuencia de un proceso biológico, sino que también es una construcción social (Bazo, M^a T., 1990, citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 2004:18) y, por tanto, para conocerla es importante saber la percepción que la sociedad tiene de este grupo de edad y la autopercepción que los propios ancianos tienen de sí mismos.

Bajo la presión sociocultural del momento, la imagen social de la vejez se ha construido, en muchas ocasiones, a partir de estereotipos, con lo que esto conlleva de generalización y deformación de la misma.

Los estereotipos son una forma de simplificar la realidad para poder identificar a una persona a partir de unas pocas características del grupo a que pertenece (Yubero y Larrañaga, 1999). Según Huici y Moya (1994) citados por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M. (2004:18), una posible definición de estereotipo es aquella que lo identifica con una estructura cognitiva que contiene el conocimiento, las creencias y las expectativas del que percibe respecto a un grupo humano.

En definitiva, los estereotipos se caracterizan por ser generalizaciones aplicadas a todos los sujetos de un grupo social, con lo que esto conlleva, por un lado, de evaluaciones excesivamente rápidas y, por otro, de posibilidad de inexactitudes, errores e injusticias para con los sujetos etiquetados con el estereotipo. Además de que los estereotipos normalmente son negativos y falsos, también son muy resistentes al paso del tiempo y es muy difícil cambiarlos.

De modo llamativo se afirma (Huici y Moya, 1994) que “cuando un estereotipo queda contradicho por los hechos, normalmente se recurre antes a censurar los hechos o a distorsionarlos que a cambiar el estereotipo”. La vejez siempre ha estado rodeada de estereotipos, unas veces positivos y otras, negativos.

De acuerdo con el estereotipo positivo, a las personas mayores siempre se les ha relacionado con cualidades como la experiencia, la sensatez o la sabiduría; se les ha respetado; se les ha pedido consejo; se ha confiado en su capacidad de gobierno y se han escuchado sus opiniones.

Los estereotipos de alguna forma son inherentes al tipo de sociedad y de cultura del momento, de forma que los asumen la mayoría de los miembros de esa sociedad o cultura, incluyendo a los que soportan las etiquetas del estereotipo.

Las sociedades más tradicionales, como es el caso de las africanas y asiáticas, valoran más la vejez, a la que identifican con la sabiduría y la experiencia; en ellas los ancianos ocupan importantes funciones sociales en el campo jurídico, religioso, médico, educativo y económico. Este fenómeno también era fácil de ver en la sociedad rural española de hace unos años, cuando las personas mayores ocupaban generalmente un lugar importante en la familia, en la que solían coexistir tres generaciones distintas.

2.- ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE MALTRATO

2.1.- Aproximación al fenómeno del maltrato

En la era de la globalización, el poder mediático otorga o reduce la importancia de los acontecimientos de un modo particular de tal modo que, en ocasiones, pueden tergiversarse las informaciones sobre fenómenos, con arreglo a los intereses de quienes tienen el dominio o la influencia los medios de comunicación y así, los acontecimientos adquieren la relevancia que la coyuntura les proporciona en cada momento. Nuestro tema de trabajo –El Maltrato a las Personas Mayores- no es de los que más atención suscitan y así, como se afirma en el prólogo del Informe Maltrato de personas mayores en la familia en España de Isabel Iborra Marmolejo⁵, “en todas las sociedades hubo y siguen existiendo problemas que permanecen ocultos o semiocultos, porque no se repara suficientemente en ellos, o porque otra problemática también relevante ocupa la atención de los medios de comunicación de manera más inmediata.

⁵ Isabel Iborra Marmolejo es psicóloga forense, coordinadora científica y responsable del área de violencia contra personas mayores del Centro Reina Sofía. Representante española del Pan-European Elder Abuse Study y miembro del grupo de expertos del Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Es autora de varias publicaciones, entre las que destaca el libro *Violencia contra personas mayores* (2005) y el informe *Maltrato de personas mayores en la familia en España* (2008).

Eso es lo que ocurre sin duda con el maltrato que padecen muchas personas mayores en la familia, en las instituciones o en diversos espacios de la comunidad civil una cuestión que en España no había sido analizada con la profundidad que su gravedad merece hasta las últimas décadas del siglo pasado”.

Uno de los estudios primeros y más relevantes sobre Maltrato a Personas Mayores Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia de Valencia⁶ realizados editados e impulsados por el citado Centro bajo la coordinación científica de la misma autora y presentados en las Jornadas Internacionales sobre violencia contra personas mayores celebradas entre 18/ 19 de septiembre de 2003,

El estudio presenta una visión muy precisa del alcance de este fenómeno en nuestro país, a partir de datos extraídos de una amplia encuesta. Además, recoge estudios semejantes realizados en otros países que permiten contextualizar el problema en España, y analiza la legislación vigente en nuestro país sobre el tema.

Los primeros estudios sobre que el maltrato a estas personas crecieron un 110% desde el año 1995 al 2001⁷. Al respecto, agrega J. Sanmartín (citado por Altamira de Juana, 191) que se trata de estimaciones de un fenómeno aún subterráneo del que ni siquiera asoma la punta del iceberg, bien porque los ancianos son entes invisibles, arrinconados en unan sociedad que consagra la juventud como valor absoluto, o también porque hay muy pocas denuncias contra este tipo de violencia, y las que hay proceden de fuentes externas, servicios sociales, sanitarios, familiares, etc. y hablan del maltrato más visible y detectable, el físico, a pesar de no ser éste tipo de maltrato ni el único ni el peor. En realidad, los malos tratos físicos como mordeduras, quemaduras, golpes, bofetadas,... suponen sólo uno de cada cuatro casos de malos tratos, aunque es posible que una víctima esté sujeta a más de un tipo de abuso. La negligencia, intencionada o no, supone el 49% de los casos comprobados; los malos tratos emocionales, amenazas, intimidaciones, humillaciones; los malos tratos económicos, la explotación o la expoliación económica o material (Gray-Vickrey, P., 2000: 18), no se manifiestan, a veces, en toda su magnitud y complejidad.

⁶ El Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia fue creado en 1997 y durante 14 años se dedicó a la investigación y el estudio de la violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, menores, gente mayor y grupos con riesgo de exclusión social. Terminó sus actividades en octubre de 2011 por "no ser posible su continuidad y viabilidad económica".

⁷ Este porcentaje se eleva al 472% en el mismo período si se habla del maltrato infligido a los mayores por sus propios hijos.

Las cifras conocidas nos dan idea de la magnitud de un problema del tipo iceberg en el que sólo somos conscientes de una pequeña parte que emerge.

Existen enormes dificultades para llevar a cabo una cuantificación fiable del fenómeno, desde la mejora de los instrumentos de medida, al desarrollo de indicadores que permitan elaborar perfiles certeros, o a la serie de dilemas de carácter ético que confluyen y que hay que tener en cuenta a la hora de acercarse a las víctimas, como la obtención del consentimiento informado o el derecho a la intimidad.

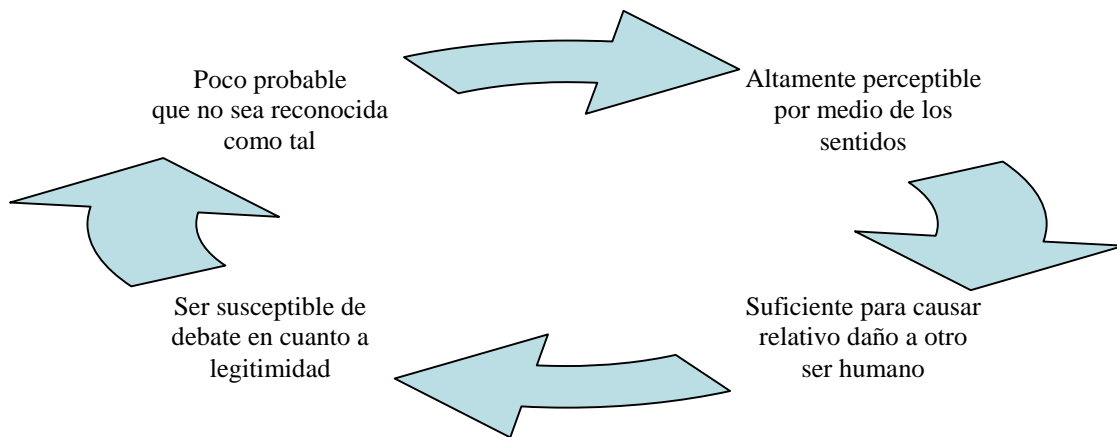
En España, desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y el IMSERSO se trabaja en la elaboración y perfeccionamiento de protocolos tendentes a la obtención de información sobre incidencia y prevalencia del maltrato a las personas ancianas.

En definitiva, como apuntamos al principio, la raíz del fenómeno radica en la **agresividad humana**, es decir, en la capacidad del ser humano para hacer daño. A esta capacidad, o mejor, propensión del ser humano, es a la que vamos a dedicar las siguientes líneas de nuestro estudio.

Según la Real Academia de la Lengua Española, la agresión es: 1.- Acción y el efecto de agredir, 2. Acto contrario al derecho de otro; y agresivo es: 1. Propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás. 2. Que implica provocación o ataque. En la vigésima segunda edición, se define así la agresión: 1.f. Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño. U.T. en sent. Fig. 2. f. Acto contrario al derecho de otra persona. Mientras tanto, violencia, para el mismo diccionario, consiste en: 1. Calidad de violento. 2. Acción y efecto de violentar o violentarse. 3. Acción violenta o contra el natural modo de proceder, en ambas ediciones.

El caso es que ambos términos suponen formas de violación de derechos de otro y que en el caso que nos ocupa, esta violación hace referencia a las personas mayores como sujetos pasivos. En la agresión están presentes muchas dimensiones mezcladas en una serie de mecanismos no muy bien conocidos. La literatura de carácter psicológico se refiere a la agresión. La de carácter sociológico, alude a la violencia, sea individual o colectiva.

Disquisiciones lingüísticas aparte, es cierto que la violencia se caracteriza por las notas de:

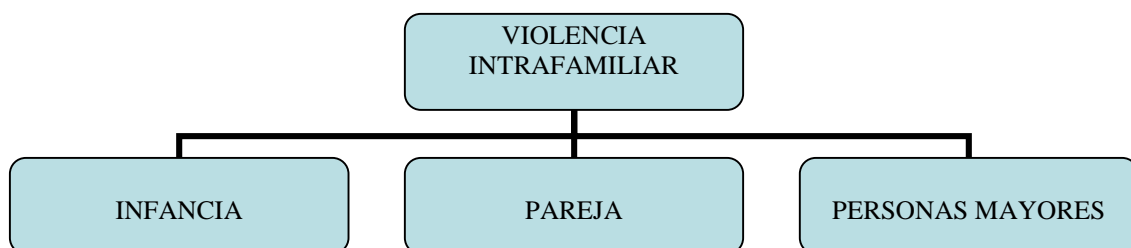


Y asociada a ella, la agresión es la intención de causar daño a otro, sea verbal, colérica, directa, activa o pasivamente. Como forma de conducta está gobernada por los instintos. Tiene mucho que ver con el enfoque psicoanalítico.

Si atendiésemos, por último, a un enfoque etológico, la agresión desempeña una función de servicio a la especie. Como experiencia individual integra los conceptos de impulso y aprendizaje, con gran relevancia del modelado social.

La violencia en el hogar ha sido tomada en consideración desde distintos Organismos y Congresos nacionales e internacionales. Así, en el I Congreso de Organizaciones Familiares, celebrado en Madrid en 1987, se definió la violencia en la familia como “toda acción u omisión de uno o varios miembros de la familia que dé lugar a tensiones, vejaciones u otras situaciones similares en los diferentes miembros de la misma” (citado por Benítez Jiménez, M^a J., 2004: 21). Se asemeja esta definición a la elaborada por el Consejo de Europa, según la cual, violencia intrafamiliar es “toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus miembros, que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica, o incluso la libertad de otro de los miembros de la misma familia, y que causa un serio daño al desarrollo de su personalidad”.

Evidentemente, en una simplificación gráfica, tres son los sectores o ámbitos que componen la vida intrafamiliar, a saber:



Diversos factores pueden influir en el desencadenamiento de la agresividad humana, pero vamos a reseñar sólo algunos:

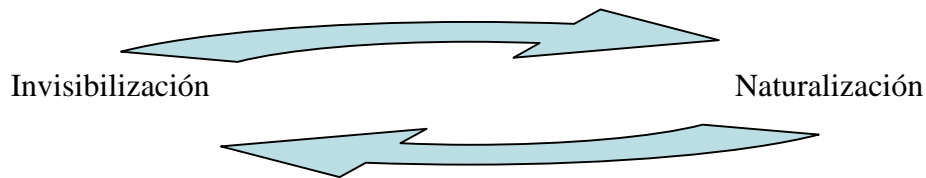
a) Biológicos: En el origen de cuanto hemos expuesto se encuentran los factores biológicos. El agresivo nace (Lorenz, 1963; Eibl-Eibesfeldt, 1993; Sanmartín, 2002, entre otros muchos). (Sanmartín, J., 2004:21). La agresividad es un instinto y, por consiguiente, un rasgo seleccionado por la naturaleza porque incrementa la eficacia biológica de su portador. Se da entre especies distintas o dentro de la misma especie. Esta última es la que nos interesa ahora y es a la que realmente vamos a otorgar tal denominación. La naturaleza no ha seleccionado este rasgo aisladamente, sino con una serie de elementos que lo regulan e inhiben en el interior de los grupos, de tal modo que, en condiciones normales, la agresividad como instinto podría pasar desapercibida sine die.

Los estudios etológicos de Karl Lorenz (1996) sobre la agresividad humana le llevan a proponer el instinto universal de agresión, que posee diversas funciones: el control de la población; la selección de los más dotados para la selección de la especie; la defensa del territorio; y la garantía de la organización social (Soria Verde, Miguel A., Sáiz Roca, Dolores. “Psicología Criminal” Pearson, 2008: 43).

b) Aprendizaje-entrenamiento: Sin embargo, una agresividad fuera de control o hipertrofiada se convierte en violencia, lo que supone dos variables, además del aprendizaje o entrenamiento: la parte genética que permanecería pasiva si nada la alterase, y la parte ambiental que “saca de control” al instinto y lo transforma. En sentido estricto, nada es heredado. Aunque sí se transmite el patrimonio genético como abanico de posibilidades que harán peculiar a cada persona. Nadie hereda la propensión a la agresión; pero sí hereda genes que, entrenados mediante la experiencia y el aprendizaje van a dar lugar a la conducta agresiva.

c) Medioambientales: Así, uniendo a lo anterior, genes con entrenamiento llegamos a la agresividad. Y si ésta se une a los factores medioambientales, se puede derivar en el acto concreto de la agresión. El material genético, las estructuras cerebrales, los niveles hormonales..., se limitan a procurar potencialidades para la agresión, a la que se llegará con el aprendizaje y los factores medioambientales.

Visto de este modo, una de las causas principales de la agresión – entendida en el contexto que ahora tratamos -, será la desorganización social resultando, desde el punto de vista histórico, dos procesos básicos para el reconocimiento de la violencia en las relaciones familiares y su repercusión a las personas mayores:

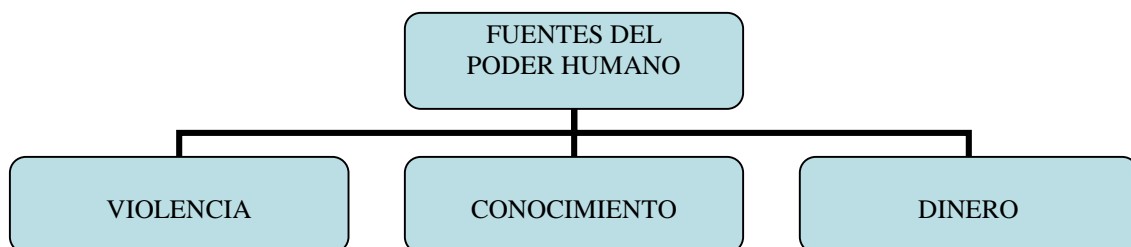


La invisibilización que dificulta la percepción social al ser la familia una institución envuelta en la privacidad. Y la naturalización que apoya básicamente algunas construcciones culturales de significados que atraviesan y estructuran el modo de percibir la realidad de los hombres.

Ni todo, pues, es ambiente ni todo es genética cuando se habla del origen de la violencia, alteración de la agresividad natural producida por la acción de factores tanto biológicos como ambientales (Sanmartín, 2004:23). Apuntemos como nota optimista que de la misma forma que nacemos con capacidad para mostrarnos agresivos, también nacemos con capacidad para controlar la agresividad, para la empatía (Rojas Marcos, L., 1995:14) y para las conductas prosociales.

d) Poder-control: Para Corsi (citado por Benítez Jiménez, M^a.J., 2004:22), el poder es la capacidad de afectar a otras personas.

Y el control es una forma exitosa del poder, cuyo abuso implica violencia, de modo que la carencia de aquél, posibilita el hecho de ser violentado. La persona mayor que va perdiendo poder de modo progresivo, se va convirtiendo cada vez más en una víctima de ser violentado.



La violencia, junto con el conocimiento y el dinero, es una de las principales fuentes del poder humano. Como el dinero es difícil de conseguir y al conocimiento no puede llegarse de modo sencillo, nos queda la violencia como fuente más accesible para obtener poder. Así las cosas, la violencia intrafamiliar se basa en una relación de desequilibrio de poder permanente (que data desde los orígenes de la sociedad patriarcal). La relación de abuso tiende a ser constante, siendo la familia (según recientes estudios) el grupo social más violento después de la policía y el ejército.

La violencia la padece siempre el débil porque tiene menos poder.

La agresión y la conducta violenta son asuntos que preocupan a los psicólogos sociales actuales con la misma intensidad que a los del pasado (Morales, J., Francisco y Arias, A., 2001: 120).

El Diccionario Webster define la agresión como “un ataque no provocado o un acto belicoso” y también, “práctica o hábito de ser agresivo o belicoso”. Para la Psicología, el significado de este término apunta más bien a una “conducta o tendencia hostil o destructiva”.

Dollard y colaboradores, en la obra más conocida y citada sobre la agresión, titulada *Frustration and Aggression* parecen recoger esta idea. Para ellos, agresión es “cualquier secuencia de conducta, cuya respuesta de meta es el daño a la persona a la que se dirige”. La definición de agresión ha sido objeto de un fuerte debate en Psicología y en concreto:

a) Se ha polemizado acerca de si se deben considerar como agresivas las conductas que intentan causar daño real aunque no lo consigan.

b) Otros autores han puesto en duda la existencia real de la agresión simbólica o verbal, y

c) Se ha cuestionado el carácter de la llamada “agresión fría”, es decir aquella que usa la violencia para conseguir un objetivo y opera, por tanto, de manera calculadora e instrumental.

Para superar esta situación de desacuerdo, se establecen las tres características del caso prototípico de agresión:

1.- Intención de causar daño. Éste puede ser físico, en sentido estricto, o bien puede consistir en impedir el acceso a un recurso necesario, entre otras muchas posibilidades.

2.- Provocar daño real, no un mero aviso o advertencia de que se va a provocar.

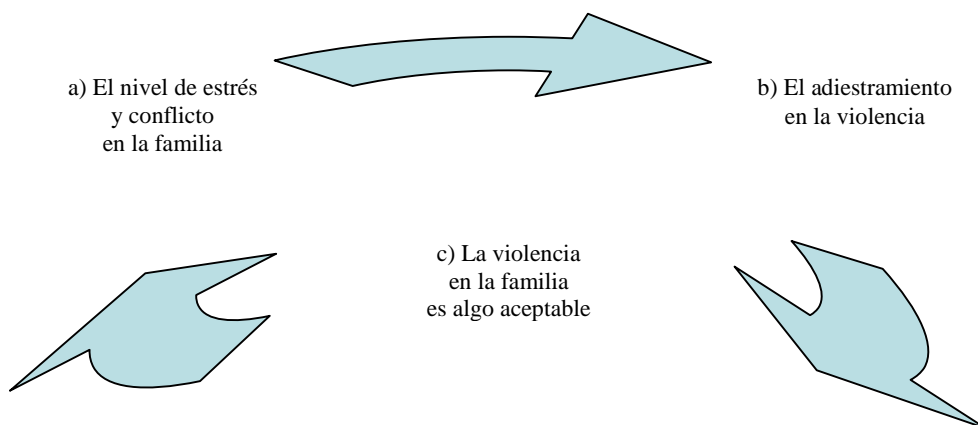
3.- La existencia de una alteración del estado emocional, de modo que la agresión pueda ser calificada como colérica, más allá del cálculo instrumental a secas.

Una determinada conducta será considerada como agresión cuando presente las tres características señaladas, siendo menos probable o menos segura cuando alguna de esas características esté ausente en grado total o parcial.

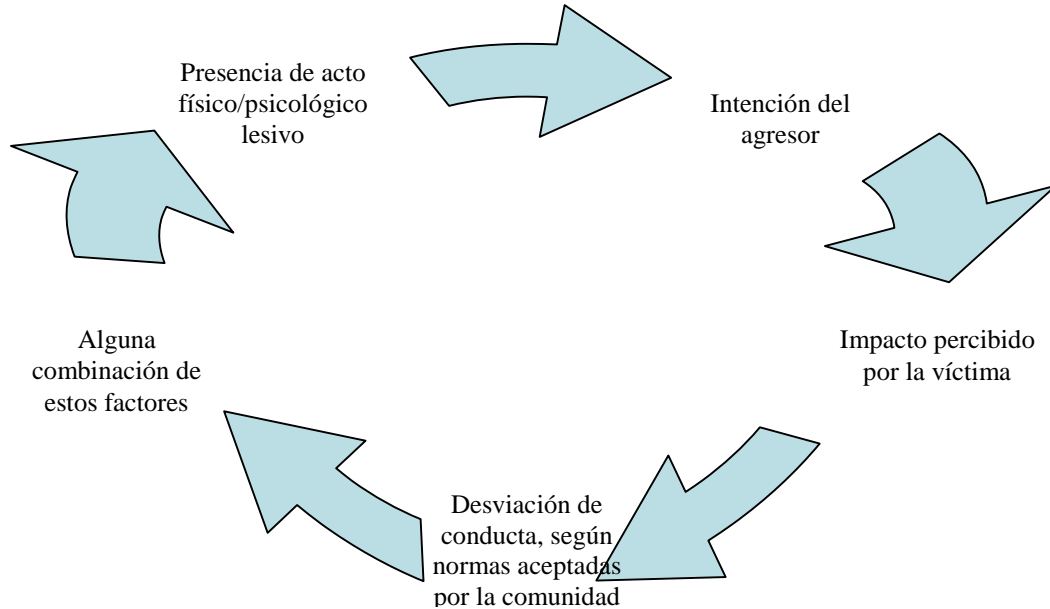
Siguiendo a Geen (1990) (citado por Morales, J.y Arias, A., 2001:120) plantean la distinción entre agresión colérica o afectiva y agresión instrumental. La primera es la que va acompañada por un fuerte estado emocional negativo de cólera como reacción a alguna provocación previa. En muchos casos la cólera irá, sencillamente, en paralelo con la agresión, como un estado acompañante, persiguiendo siempre como objetivo, causar daño. Frente a ella, la agresión puramente instrumental está privada de emoción. En ella predomina el cálculo no siendo el objetivo causar daño, sino un medio para otro objetivo, por ejemplo, la autodefensa o la búsqueda del poder social coercitivo sobre las personas. En Psicología social se utilizan otros términos similares a la agresión o a la conducta agresiva, por ejemplo la violencia, el conflicto o la guerra.

La violencia implica la causación de daño físico. Con frecuencia es intencionada, pero no siempre. El conflicto implica un desacuerdo entre el status o la distribución de recursos. Por regla general, plantea una situación en la que si una parte gana, la otra pierde. La solución del conflicto puede ocurrir de muchas formas, una de las cuales puede ser la agresión. La guerra es un tipo especial de agresión entre grupos que no interesa en nuestro estudio.

De acuerdo nuevamente con Geen, (citado por Morales, J. y Arias, A., 2001: 126) y para referirse a la violencia en el ámbito familiar, afirman que son tres las condiciones clave responsables de que la misma se convierta en un antecedente de la agresión:



Resultando difícil establecer qué debe considerarse como maltrato doméstico, el fenómeno puede ser incardinado dentro de una serie de variables que deben tenerse en cuenta a la hora de establecer sus características:



Para un buen estudio de la agresión es importante tener en cuenta la diferencia de connotación positiva y negativa que atribuimos a dicho concepto. Es más frecuente atribuir a la palabra agresión su connotación negativa, así comprobamos que la Real Academia de la Lengua Española la define como: “acto de acometer a alguno para matarlo, herirlo o hacerle daño, especialmente sin justificación”.

Sin embargo no toda agresión implica necesariamente el deseo de dañar y es necesaria para la supervivencia.

Para entender la **agresión** desde esta perspectiva nos remitiremos a ejemplos tales como la masticación del alimento, acto que no podríamos realizar sin hacer un adecuado uso de nuestra agresión. Así también no podríamos establecer nuestros propios límites sin ella ni realizar muchas de nuestras actividades cotidianas. En este sentido, un aspecto importante para clarificar cuándo la agresión es utilizada para dañar, a uno mismo o al otro, sería la introducción del concepto hostilidad.

El término **hostilidad** proviene del latín “hostis” que significa enemigo o contrario. La hostilidad carece de la ambigüedad implícita del término agresión, su finalidad es la destrucción.

Así el término **violencia** estaría relacionado con la agresión cuando ésta es utilizada en su parte biopositiva.

Etimológicamente violencia es deseo de vivir. En palabras de Bergeret: “la violencia es instintiva, innata, destinada a ser progresivamente integrada en otras finalidades humanas durante la infancia y la adolescencia para, de adulto, acceder a un eficiente y libre ejercicio de las capacidades amorosas y creativas” (A. Monserrat et alii 2003: 51)

Perls, Hefferline y Goodman consideran la agresión desde la elección personal de una de estas dos alternativas anteriores. De este modo afirman que es un “ir hacia el objeto del apetito o de la hostilidad. El paso del apetito al paso siguiente es la iniciativa: acepta el apetito como propio y acepta la ejecución motora como propia” (2003:153).

Existen diversas teorías explicativas de la agresión elaboradas por la Psicología, que, en un intento clasificatorio, vamos a agrupar en estos tres apartados, tomando como referencia los trabajos del psicólogo inglés Blackburn (1996):



Los estudios etológicos de Karl Lorenz (1996) (citado por Soria Verde Miguel A. y Sáiz Roca Dolores en Psicología Criminal, 2005:43) sobre la agresividad humana le llevan a proponer el instinto universal de agresión cuyas funciones esenciales son:

FUNCIONES DEL INSTINTO UNIVERSAL DE AGRESIÓN	
TIPO DE FUNCIÓN	
1	Control de la población
2	La selección de los mejor dotados para la reproducción de la especie
3	La defensa del territorio
4	Garantizar la organización social

Lorenz afirma que la necesidad de las personas –también de los animales- de descargar la agresividad nos lleva a realizar actos criminales, acciones militares o bien actividades deportivas o de relación social agresivas (teorías biológicas).

Dentro del campo de la Sociobiología, Wilson afirma que las emociones, el autoconocimiento y la conducta se hallan bajo el control de predisposiciones genéticas, lo que favorece la mejora de la capacidad de reproducción de la especie, la supervivencia del sujeto en el medio y el altruismo.

La agresión expresa una predisposición emocional universal, pero que se halla sujeta a la adaptación cultural y al aprendizaje individual. No se encuentra determinada por la biología, pero sí condicionada significativamente.

“Todos los seres humanos poseen esta predisposición, pero la agresión no es destructiva, sino que es una adaptación reactiva ante una amenaza a la supervivencia del sujeto y no tanto una erupción de energía espontánea”.

Las principales **teorías psicosociales** abordan la cuestión desde diferentes puntos de vista y así:

Desde una **visión psicoanalítica** sumiendo que la agresión humana tiene su origen en la existencia de un instinto, las teorías tienden a focalizar sus intereses en establecer cómo ese instinto agresivo se controla o canaliza a lo largo del proceso de desarrollo de la persona, y cómo se acomoda y regula por los mecanismos internos del yo y del superyo, de lo que cabe deducir que la energía puede ser neutralizada o dirigirse a objetivos constructivos.

La **corriente culturalista**, por su parte, deduce que la agresión aparece íntimamente ligada a factores culturales en lo que respecta a su aceptación social, las formas expresivas y su cantidad. Diferente enfoque ofrecen teorías del **aprendizaje y el sociocognitivismo** social, teorías basadas en los modelos, según el condicionamiento operante, la conducta de las personas se controla mediante refuerzos externos y siguiendo el modelado del comportamiento. Las personas desarrollan conductas propias aprendidas mediante la imitación de otras personas que les sirven de modelos.

Según la hipótesis de Dollard, (citado por Soria Verde, Miguél A. y Sáiz Roca Dolores en Psicología Criminal, 2005: 44) **la agresión** siempre se produce por frustración y, a su vez, la frustración siempre provoca agresión; no obstante, aunque considera que la frustración es la causa más importante, también pueden existir otras que la provoquen, como el insulto, el dolor, amenaza a la autoestima, etc.

En la misma línea, Bandura considera que la conducta violenta puede aprenderse también por observación de otras personas que la ejecuten, de modo que la probabilidad de desarrollarla o no en una persona dependerá de los estándares de pensamiento que conduzcan a la autorregulación, a la autorrecompensa o al castigo.

Es muy interesante la apreciación que afirma que cuando una persona realiza una agresión, tiende a realizar distorsiones cognitivas para evitar los aspectos negativos derivados de ésta, y para ello utiliza distorsiones cognitivas, como pueden ser culpar a la víctima o deshumanizarla.

Tradicionalmente, los estudios sobre el somatotipo se han venido desarrollando en Europa e intentan unir la psique al temperamento y a los trastornos psicopatológicos, visión que ha dado lugar a las teorías constitucionales.

Sheldon (1942) (Id. 2005: 47) elaboró tres somatotipos diferentes cada uno de los cuales se corresponde con un tipo determinado de temperamento, según se aprecia.

Características de los somatotipos

SOMATOTIPO	CARACTERÍSTICAS
Endomorfos	Personas de aspecto gordo y de línea predominante circular
Mesomorfos	Sujetos musculados y de forma corporal triangular
Ectomorfos	Características físicas delgadas y forma predominantemente lineal

Correspondencia somatotipos-temperamento

SOMATOTIPO	TEMPERAMENTO	DESCRIPCIÓN
Endomorfos	Viscerotonía	Se caracteriza por su actitud hedonística y relajada ante la vida
Mesomorfos	Somatotonía	Individuos enérgicos e interesados por la aventura
Ectomorfos	Cerebrotonía	Se trata de sujetos retraídos y relativamente solitarios

Fuente: Soria Verde Miguel A. y Sáiz Aroca, D. Psicología Criminal. Madrid, 2005

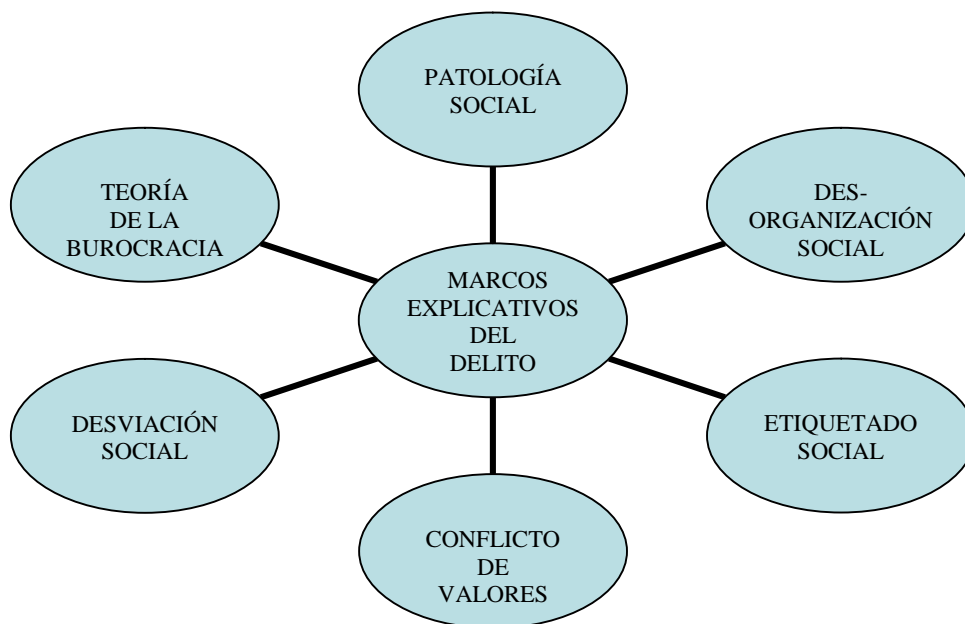
El mismo autor, utilizando fotografías pudo realizar una investigación que le llevó a concluir que el somatotipo predominante en sujetos criminales era el mesomórfico (somatotonía) si bien, estudios posteriores no hallaron conclusiones definitivas sobre el tema.

A nuestro estudio genérico referido al Maltrato a los Mayores, le interesa tanto la relación existente dentro de la familia y que puede dar lugar a la producción del fenómeno maltratador que nos ocupa, como el Maltrato en otros ámbitos.

La Psicología, la Sociología y la Criminología han enfatizado en la relevancia de los factores psicosociales – dentro de ámbitos diversos- en la génesis de la conducta delictiva, ya que éstos afectan de forma significativa al desarrollo de la persona. Para ello ha habido que estudiar el papel desarrollado por la familia, la escuela, el grupo de iguales y el trabajo/matrimonio.

Hasta los años cincuenta, los estudios sobre relación entre delincuencia y familia del criminal estuvieron influenciados por la concepción psicoanalítica basada en la importancia de los cinco primeros años de vida.

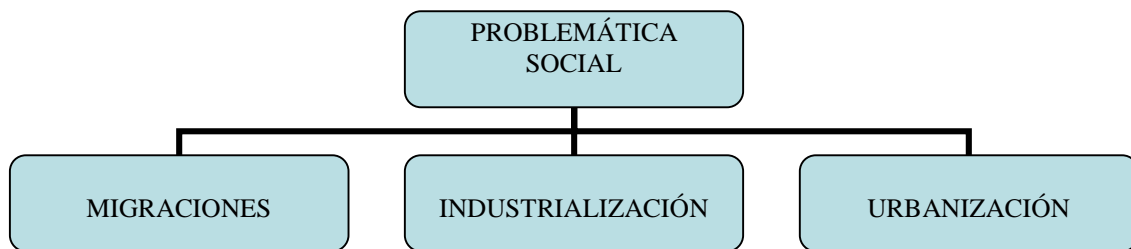
Hoy día, no se discute la trascendencia de la escuela y el grupo de iguales en la adquisición, iniciación y mantenimiento de la conducta delictiva. La ausencia de trabajo y las necesidades sociales creadas generan conjuntamente una presión económica que facilita la conducta criminal. Y haciendo nuevamente referencia a la influencia de la sociedad en la aparición del delito y del delincuente, se asumen, según el profesor Clemente (1995) (citado por Soria Verde, Miguel A. y Sáiz Roca, D., en Psicología Social. Madrid, 2005:51) seis grandes **marcos explicativos del delito**:



La orientación denominada **patología social** toma su nombre sobre la base de su analogía con lo orgánico. En su concepción teórica, se sostiene que las personas o las situaciones se convierten en problemas sociales cuando interfieren con el funcionamiento normal de la sociedad orgánica, interferencia que constituye una enfermedad o patología. Para los patólogos sociales, los obstáculos para el proceso social se sitúan tanto en los desajustes de tipo individual como en el mal funcionamiento institucional.

Con la Revolución Industrial se genera el caldo de cultivo de tres elementos sociales que van a ser determinantes para el incremento de la problemática social y la aparición de lacras como el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia, etc.

En resumen, se trata de las migraciones, la industrialización y la urbanización, como las características generadoras de la problemática social actual y su catalogación como desorganización social.



Cuando estos problemas tienen bajo nivel de incidencia, la patología social derivada es sencilla de abordar con éxito.

Cuando la industrialización remueve las estructuras milenarias, las migraciones se aceleran de modo incontrolado y el proceso de urbanización se incrementa con un éxodo rural muy importante y un crecimiento desmesurado de las ciudades, se crean las condiciones que favorecerán la orientación de la desorganización social. Todo ello puede repercutir en el deterioro del trato a las partes especialmente vulnerables de la sociedad, como las personas mayores.

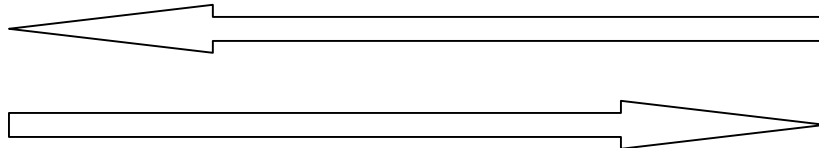
Según la teoría del **etiquetado social**, la ley se aplica sobre las clases sociales más desposeídas, lo que provoca la atribución de etiquetas sociales a dichas personas y genera un estigma social.

Mientras que para la teoría de la desviación era de suma importancia todo lo relacionado con los aspectos diagnósticos, entiéndase hogares rotos, anomia, desórdenes mentales, clase social determinada, etc., para la teoría del etiquetado social el aspecto fundamental es la reacción social centrándose más en los procesos que en la estructura.

Otros teóricos mantienen la relevancia del denominado **conflicto de valores**. Sus integrantes “estaban convencidos de la existencia de estructuras defectuosas en nuestra sociedad, y algunos de ellos propugnaron la necesidad de realizar cambios fundamentales”. (Soria Verde, Miguel A., Sáiz Aroca, D. 2005: 53). Bajo la influencia del marxismo europeo se acepta el análisis de la historia en términos de confrontación entre las clases sociales (ricos y pobres) que componen la sociedad.

Los teóricos de esta línea de pensamiento parten de la normalidad y conveniencia de que las personas traten de preservar sus propios intereses y valores en una actitud de autodefensa de sus intereses que no entraña desorganización social alguna. Mientras la Universidad de Harvard dirige sus estudios sobre el conflicto hacia la estructura social, la Universidad de Chicago otorga mayor relevancia a los procesos sociales y, por ende, a la llamada **desviación social**.

Universidad de Harvard. Mayor relevancia: ESTRUCTURA Social



Universidad de Chicago. Mayor relevancia: PROCESOS Sociales

El concepto más importante de los que desarrolla la Universidad de Harvard tiene que ver con la **anomia**, proceso por el cual las situaciones de vacío o carencia de normas de una sociedad provocaban la aparición de los comportamientos desviados.

Aparece con posterioridad (segunda mitad del pasado siglo) y como concepto complementario de la anomia, el de la **asociación diferencial** que sigue considerando las desviaciones de conducta como parte natural de la vida social.

En otra línea de pensamiento, la burocracia es para la administración un ejercicio de control que tiene su fundamento en los conocimientos técnicos, por lo que su base es necesariamente de índole racional.

A partir de ese planteamiento, **la teoría burócrata** considera que una organización burocrática es un instrumento que modela la política, la economía, el progreso científico, etc., basándose en su superioridad informativa.

Es lógico pensar en la existencia de detractores de esta teoría que basan su opinión adversa en el hecho de que la burocracia machaca al individuo, por lo que propugnan su desaparición con el final del capitalismo.

La violencia contra personas mayores es un fenómeno viejo que ha pasado paulatinamente de lo privado a lo público con la influencia de diversos factores que han intervenido en la opacidad del maltrato a las personas mayores.

Por parte de **los ancianos**, en su mayoría, no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, sentido del ridículo, miedo a la institucionalización; en cuanto a los familiares o cuidadores u otros miembros de las instituciones niegan su implicación por razones obvias y, a veces, porque ni siquiera ellos perciben ser agentes de violencia.

Se suma a las dificultades, el silencio de la víctima, pero sobre todo, el hecho de que las diversas formas de maltrato se combinan entre sí generalmente (sucede en más de la mitad de los casos, según Blanca Morera, 2006:34).

Las situaciones de maltrato a las personas mayores, que constituyen el objeto de nuestro estudio, se incluyen en el ámbito científico de Violencia Familiar, fenómeno ominoso de transmisión intergeneracional, que pertenece a la parte más oscura de la naturaleza humana. Es un problema de trascendencia y extrema gravedad desde el punto de vista humano: la comprensión de cómo un ser humano puede convertirse en el agresor de aquellos a quienes llama “los suyos” no resulta fácil, y no debe simplificarse.

Los fenómenos de violencia intrafamiliar han permanecido ocultos o se han justificado, probablemente durante siglos, por razones complejas de índole cultural. El siglo XX trajo el reconocimiento de la gravedad del fenómeno y de la necesidad de restituir la dignidad como condición esencial de la humanidad, más allá del género y de la edad. Como ya hemos avanzado, la importancia de los medios de comunicación en la actualidad ha supuesto una auténtica revolución en ese ocultismo y parece que llegará a romper con aquella dinámica.

Precisamente, uno de los fenómenos de mayor repercusión en los ámbitos jurídicos y sociales es en la actualidad el de la violencia doméstica, que generalmente se proyecta, además, sobre las capas sociales más indefensas y más vulnerables ante los abusos. Y que se practica habitualmente por personas próximas al entorno familiar de la propia víctima. Se trata de conductas que suelen atentar contra la tutela de derechos y libertades fundamentales además de esenciales para la convivencia y la solidaridad ciudadanas.

La violencia familiar o violencia doméstica, dentro de la cual se incardina nuestra tarea, ha sido muy estudiada en los dos últimos siglos para terminar definida por el Consejo de Europa como “acción u omisión cometida en el seno de la familia, por uno de sus miembros, que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica, o incluso la libertad de otro de los miembros de la misma familia, y que causa un serio daño al desarrollo de su personalidad”.

Aunque la definición no distingue entre la pareja, los niños o los ancianos, podemos hacerla genérica para los tres grupos, salvando la circunstancia distintiva por la cual, entre la pareja no existe una relación de dependencia de un miembro sobre el otro, mientras que del grupo niños-ancianos sí que deriva una cierta inferioridad con respecto al posible maltratador.

Tomando en consideración el principal objetivo de este trabajo, cual es la violencia contra las personas mayores, puede servir la apreciación de “en el seno de la familia, por uno de sus miembros”, si bien el maltrato a las personas mayores que ahora consideramos puede producirse también fuera del seno de las familias y por agentes externos a las mismas, en la modalidad conocida como maltrato institucional, o bien el producido por la propia sociedad en versiones de déficit de medios de accesibilidad o participación, que ahora tratamos, con las pertinentes singularidades derivadas de las características del entorno en el que se desarrolla la vida de estas personas.

Los malos tratos infantiles y los malos tratos a ancianos incluyen formas activas y pasivas, pues hay que diferenciar entre el maltrato y el abandono. Sin embargo la violencia conyugal es un abuso activo que se puede producir del hombre hacia la mujer, de la mujer hacia el hombre o de manera cruzada. (Citado por Benítez Jiménez, M^a.J., 2004:26).

Si bien no es el que más repercusión posee en los medios de comunicación – que casi se copan con las referencias a malos tratos contra las mujeres-, no es menos cierto que el fenómeno de la violencia contra las personas de edad adquiere cada día mayores grados de intensidad, circunstancia especialmente más grave por cuanto las cifras ocultas, las actuaciones impunes y la resistencia a la denuncia son mayoritariamente aceptadas. Pero, en realidad lo que ocurre hasta la segunda mitad del siglo pasado – según hemos apuntado anteriormente- no es inexistencia del fenómeno, sino la falta de sensibilización social hacia el mismo, puesto que muchos comportamientos como golpear, martirizar emocionalmente a mujeres, niños o ancianos en el ámbito del hogar, eran tenidas hasta entonces como normales.

Este tipo de conductas eran consideradas “asuntos privados” en los que no debía intervenir entidad ajena alguna y, en particular, el Estado. Para José Sanmartín, el maltrato de personas mayores es un atentado contra los derechos humanos materializado en la conculcación del derecho a la integridad física o psíquica que, además, produce grandes costes económicos y sociales.

En los tres casos -niños, mujeres y ancianos – estamos ante cuestiones públicas y no privadas. Para los tres casos, por tanto, la agenda de los políticos debe continuar hacer un hueco, no solo en los aspectos legislativos sino, muy especialmente en el tratamiento de mecanismos de protección.

La realidad es que así ha sucedido con el maltrato infantil y la violencia contra la mujer. Desgraciadamente no creemos que el maltrato de personas mayores haya concitado la misma atención (Sanmartín, J., 2003: 3).

En cualquiera de las formas de maltrato no físico existen graves dificultades de detección derivadas de los problemas de identificación que provocan los prejuicios sobre la edad avanzada. Sin embargo, su incidencia es considerable, con un volumen superior a las tres cuartas partes del total.

2.2.- Percepción del bienestar y estado de salud. Fragilidad

Nosotros – las personas humanas de toda edad y condición- no reaccionamos ante los estímulos, sino ante la interpretación que hacemos de ellos. La psicología suele afirmar que la realidad es neutra y es la persona quien la impregna de tintes positivos o negativos según diversas circunstancias que acompañan la vida de los seres humanos.

Y en esa percepción intervienen una serie de factores que van desde la genética al ambiente social y cultural y a los aspectos educacionales que acompañan al sujeto, muy especialmente en los primeros años de su vida.

En el binomio percepción-reacción hay que destacar, al efecto que ahora nos ocupa, que el ser humano no reacciona ante los estímulos, sino a la interpretación que hace de ellos, lo que vuelve a incidir en la importancia del aprendizaje y del factor social y medioambiental. Se concluye de lo dicho que no se puede obviar el hecho de que la percepción del bienestar y de satisfacción de necesidades varía en función de las generaciones, y de la experiencia anterior vivida.

Ese ambiente social repercutirá en el modo de afrontar las inconveniencias derivadas del cuidado de los ancianos y por parte de éstos, de la propia percepción de su estatus. A este respecto, nos parece interesante reflexionar acerca de que las personas que en España tienen hoy día la edad de 65 años y más, nacieron en las décadas de los cuarenta a sesenta, en crudos tiempos de guerra civil y posguerra.

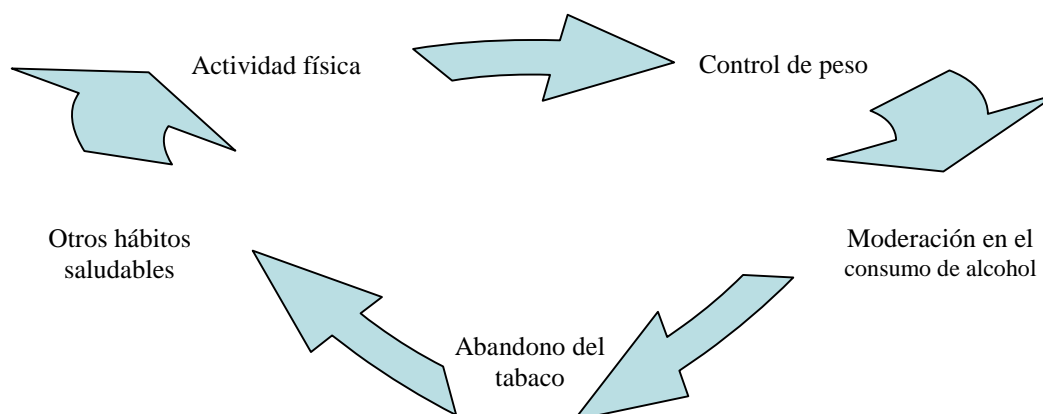
Se trata de una generación que vivió unida a la privación y el sacrificio, lo que con arreglo a la consideración anteriormente realizada, les hace afrontar su estatus actual de un modo particularmente conformista y significativamente diferente a lo que puede producirse en el futuro, cuando lleguen a esa situación las personas de generaciones menos acostumbradas a sufrir.

Todos los estudios conocidos **relacionan el bienestar con la percepción del estado de salud de las personas mayores.**

Junto con la edad, **la salud** constituye un factor esencial en la calidad de vida de los mayores, que puede ser definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁸.

Favorecer el envejecimiento saludable significa promover la salud a lo largo de toda la vida, a fin de prevenir desde una edad temprana los problemas futuros. El envejecimiento activo promueve un estilo de vida con buena salud. Por ello, es importante crear unos hábitos de vida saludables en la vejez, que comprendan:

⁸ Definición de la Organización Mundial de la Salud.



El 2012 fue declarado por la Unión Europea como el “Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional”⁹, divulgándose con tal motivo los resultados estadísticos más relevantes sobre demografía, mercado laboral y retiro, salud, condiciones de vida y participación social de las personas mayores en España y en el entorno europeo¹⁰.

El **Envejecimiento Activo** promueve un estilo de vida con buena salud. Por ello es importante crear unos hábitos de vida saludables en la vejez: actividad física, control de peso, moderación en el consumo de alcohol y abandono del tabaco entre otros.

El aumento de la esperanza de vida es una de las causas que propicia el envejecimiento de la población, siendo la de España una de las más altas de la Unión Europea, siendo la deseable la esperanza de vida en buena salud, es decir, la que mide el número de años que una persona espera vivir libre de problemas de salud graves o moderados¹¹.

En el año 2010, a la edad de 65 años se esperaba que tanto los hombres como las mujeres de la Unión Europea vivieran, de media, otros 9 años en condiciones saludables siendo Suecia el país con mayor número de años de vida sana para ambos sexos. Según la Encuesta Europea de Salud, cuatro de cada diez mayores de 64 años consideraba que su estado de salud era bueno o muy bueno, pero con una diferencia de 14 puntos entre los hombres que tienen una percepción más positiva de su salud que las mujeres.

⁹ Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de septiembre de 2011.

¹⁰ Fuentes procedentes del INE. Boletín informativo. Información internacional de Eurostat.

¹¹ El método de SULLIVAN es hoy día el más usado para obtener series temporales y comparaciones internacionales en cuestiones de salud.

La buena salud es uno de los pilares de una sociedad que pretenda ser próspera económica y socialmente, y conseguir años de vida en los que las personas se vean libres de discapacidad tiene que ser uno de los objetivos a lograr por los poderes públicos, constituyendo un verdadero reto es hecho de mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece.

En el Documento de consenso sobre **prevención de fragilidad** y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS¹² se dice: “La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad pues es aquella la que determina la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará cada población. El objetivo es mantener un nivel de función que permita el mayor grado de autonomía posible en cada caso. La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud”.

El término **fragilidad** “es usado frecuentemente al referirse a personas mayores, pero su definición ha sido difícil de conceptualizar y distintos autores usan criterios diagnósticos diferentes más o menos estandarizados”. Se establecen dos formas de fragilidad: Primaria: aparece espontáneamente (no causada o asociada a comorbilidad) y Secundaria: consecuencia de comorbilidad y de los cambios fisiológicos debidos al envejecimiento (Carrasco Gorman, M.).

Los primeros estudios para el establecimiento de las bases de la evaluación del adulto mayor se iniciaron en la década de los 60-70, perfeccionándose, en la década siguiente, los estudios encaminados a demostrar la utilidad de la valoración geriátrica integral. Más recientemente y a partir de la década de los 90 el interés se ha ido concentrando en la evaluación de la fragilidad en el anciano, siendo caracterizada por una disminución de la reserva fisiológica por mayoría de los autores.

La mayoría de los autores concuerda en que la fragilidad, marcador más frecuente de dependencia, es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de homeostenosis¹³.

¹² Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 junio de 2013.

¹³ Homeostenosis: constricción progresiva y lineal de la reserva homeostática, que aparece en los diferentes órganos de un individuo a medida que envejece, lo cual lo hace más vulnerable en las situaciones de estrés.

Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.

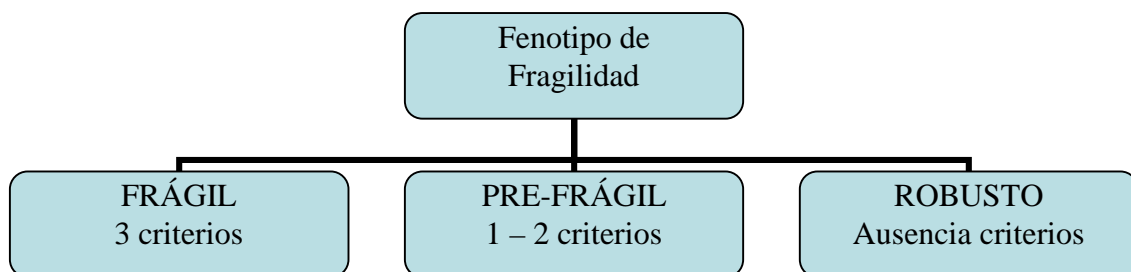
En líneas generales, el síndrome viene caracterizado por una disminución de la reserva y resistencia del organismo en relación con un ciclo de declives en múltiples sistemas destacando la aparición de la sarcopenia¹⁴, como la pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza al envejecer o al llevar una vida sedentaria, constatándose que cerca de un tercio de la masa muscular se pierde con la edad avanzada.

El Dr. Abizanda describe que hay estudios científicos¹⁵, que apuntan en nuestro país un 10 % de los mayores de 65 años están en fase de fragilidad. Se sabe que afecta más mujeres y que la prevalencia aumenta con la edad, de modo que, a partir de los 80 años, la incidencia gira alrededor del 20- 25 %.

La detección se basa actualmente en la evaluación de la función muscular, si bien, en el futuro podrá llevarse a cabo mediante la identificación de biomarcadores.

La relevancia del tema de la fragilidad ha generado la proliferación reciente de estudios al respecto, surgiendo en la última década numerosos intentos de encontrar cuáles son los criterios que mejor identifican a estos pacientes frágiles, si bien resaltando que según los estudios a que hacemos referencia:

- a) No todos los adultos mayores con discapacidades son frágiles.
- b) No todos los ancianos frágiles presentan discapacidades.
- c) La discapacidad puede considerarse como la consecuencia más grave e importante del síndrome de fragilidad.



¹⁴ Sarcopenia: del griego “sarx” carne, “penia” perdida.

¹⁵ Cuatro de ellos realizados en España.

Una de las principales investigadoras del tema, Linda Fried, publicó los resultados de su estudio¹⁶ que concluyó con la definición fragilidad de acuerdo a la presencia de, al menos, tres de los cinco criterios que figuran en la tabla siguiente:

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD (Fried, 2001)	
Nº	CRITERIO
1	Pérdida de peso involuntaria (4.5 Kg. a más por año).
2	Sentimiento de agotamiento general.
3	Debilidad (medida por fuerza de prehensión).
4	Lenta velocidad al caminar (basados en una distancia de 4.6 m).
5	Bajo nivel de actividad física (menor de 400 calorías a la semana).

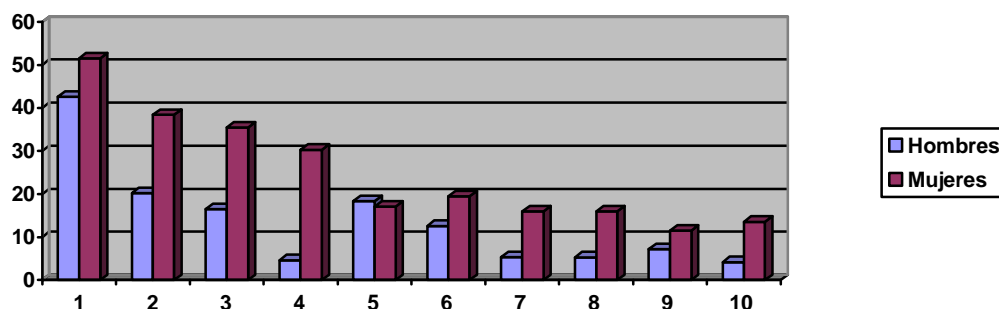
Los problemas o **enfermedades crónicas** más frecuentes en la población mayor y que han sido diagnosticados por un médico son la hipertensión arterial, los dolores lumbares y cervicales, la osteoporosis y la diabetes; todos, salvo el último, con mayor incidencia sobre las mujeres.

Tabla 1.- Principales dolencias diagnosticadas en mayores, 2009

DIEZ PRINCIPALES DOLENCIAS DIAGNOSTICADAS, 2009			
Nº	TIPO DOLENCIA	Hombres %	Mujeres %
1	Tensión alta (hipertensión)	42,6	51,5
2	Dolor de espalda crónico (lumbar)	20,2	38,4
3	Dolor de espalda crónico (cervical)	16,5	35,4
4	Osteoporosis	4,7	30,3
5	Diabetes	18,4	17,1
6	Incontinencia urinaria	12,6	19,5
7	Migrañas frecuentes (dolor de cabeza)	5,4	16,0
8	Depresión crónica	5,3	16,0
9	Alergia	7,2	11,6
10	Ansiedad crónica	4,2	13,6

¹⁶ Seguimiento de 5317 personas mayores entre 65 y 101 años, seguidos por 4 y 7 años, parte del estudio de la cohorte de Cardiovascular Health Study.

Figura 2.- Principales dolencias, según sexo, diagnosticadas en 2009

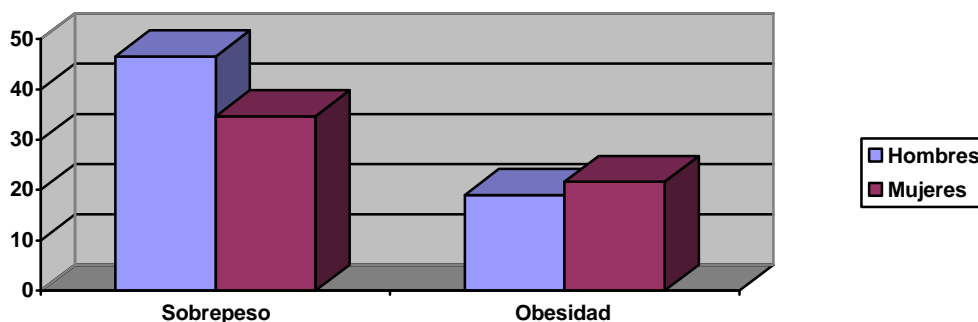


Porcentaje de población: 65 años y más

Por otra parte una de cada cuatro personas mayores de 64 años tiene alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, asearse, vestirse o levantarse y acostarse.

Seis de cada diez mayores de 64 años están por encima del peso considerado como normal, incidiendo este problema en mayor medida en los hombres que en las mujeres, con una diferencia de casi diez puntos entre ellos.

Figura 3.- Sobrepeso y obesidad. 2009. Población (%) de 65 años y más



En relación con **los hábitos saludables**, el 77,5% de la población mayor de 64 años realiza alguna actividad física a la semana, ya sea intensa, moderada o ligera (como caminar). El 25,7% de mujeres declara no realizar ninguna actividad física frente el 16% de los hombres. Respecto a la alimentación, en la dieta de las personas mayores, en general, hay una mayor cantidad de frutas, verduras, hortalizas, pescado y productos lácteos que en el resto de la población. En cuanto al consumo del tabaco, a medida que aumenta la edad disminuye el número de fumadores, pero todavía hay un 12% de hombres mayores de 64 años que afirma fumar a diario.

Las prácticas de control suelen hacerse más frecuentes con la edad. Nueve de cada diez mayores se han controlado la tensión arterial en 2009, el 88,8% se ha medido la glucosa en sangre y el 83,1% el colesterol. La edad media de las personas que reciben el alta hospitalaria se sitúa en 53 años y en 1990, de cada diez altas con internamiento, 2,5 correspondían a mayores de 64 años; la proporción en 2010 se elevó a cuatro de cada diez. La estancia media en el hospital es de 7 días y se prolonga cada vez más con la edad. Así, para las personas de 75 a 84 años, la estancia es de 9 días y a partir de los 85 años, de 10 días. El consumo de medicamentos aumenta con la edad. El 88,9% de los mayores consume algún tipo de fármaco ya sea para la tensión, el dolor de las articulaciones, el colesterol o para dormir.

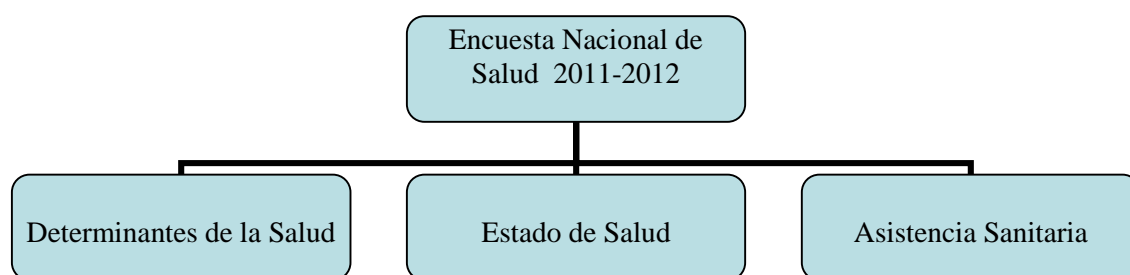
El Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional aborda la problemática de los entornos saludables en el ámbito de la percepción del bienestar de las personas mayores. Se trata de factores relacionados con el entorno que pueden influir en nuestra salud y calidad de vida (el medio ambiente, la vivienda, el vecindario, el entorno laboral).

La contaminación urbana es el principal riesgo ambiental para la salud en países de altos ingresos, según la Organización Mundial de la Salud. En 2009, un 14,1% de la población española sufre contaminación, suciedad y otros problemas ambientales frente a un 16,5% de media de la Unión Europea. La vivienda es el lugar en el que pasamos buena parte del tiempo y un 12,8% de hogares manifiesta tener problemas de espacio y un 6,9% no tiene suficiente luz. Otros problemas en el entorno habitual (suciedad, ruidos, vandalismo) presentan notables diferencias geográficas marcadas por el tamaño del municipio y la densidad de la población. Las personas en activo están expuestas, además, a riesgos específicos, ya sea por las particularidades del entorno laboral o por el tipo de trabajo que desempeñan. Las posturas forzadas y la carga de peso son aquí el principal problema, que afecta a un 40,9% de la población trabajadora en mayor o menor medida. Según **la Encuesta de Salud 2011-2012**¹⁷ se ofrecen estos resultados referidos a la percepción del estado de salud de personas mayores de 64 años.

¹⁷ La Encuesta Nacional de Salud (ENS) es una investigación que el INE realiza en virtud de un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Con periodicidad bienal y dirigida a las familias, su finalidad principal es obtener datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. Esta encuesta se publicó en el portal del INE el 14 de marzo de 2013. La Encuesta Nacional de Salud, que realizan de forma conjunta el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el INE, cumple este año su 25 aniversario, pues se realizó por primera vez en 1987

Se trata de una información cuya relevancia ha sido objeto de gran repercusión mediática, ocupando las páginas de la prensa a nivel nacional. La encuesta se ocupa de una serie de indicadores, algunos de los cuales, por su evidente incidencia en la vida de las personas mayores, van a ocupar una parte de nuestro trabajo presente y son extraídos de los Informes Envejecimiento en red, publicados en el Portal del mismo nombre del Departamento de Población, Instituto de Economía, Geografía y Demografía, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Están elaborados por el propio Equipo y por profesionales especialistas de distintos campos de la Gerontología y la Geriátrica. (Pujol Rodríguez Rogelio; Abellán García, Antonio (2013). “Los mayores en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012).

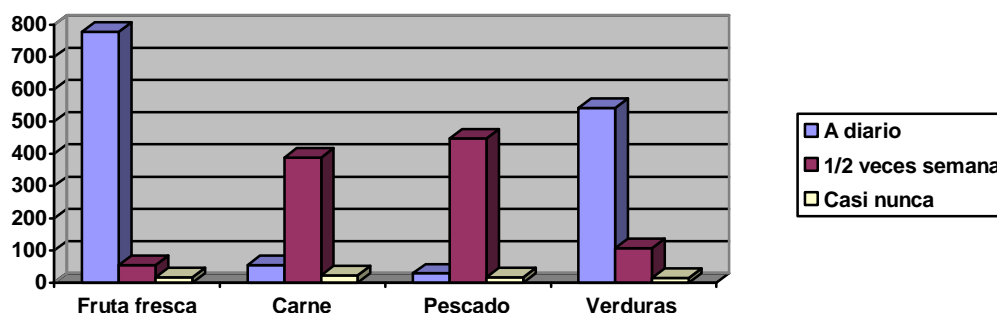
El trabajo presenta tres apartados de los que trataremos de seleccionar la información que interesa a nuestra tesis.



Algunos de los determinantes de la salud tratados son del tenor de consumo de alimentos (fruta fresca, carne, pescado, verduras, hortalizas); índice de masa corporal, obesidad, consumo de tabaco, frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, ejercicio físico en el trabajo o en la actividad principal o número de horas de sueño, etc. En relación con el estado de salud se toma en consideración la propia percepción del estado propio, de la enfermedad declarada en cada grupo y las de mayor incidencia, así como la proporción de personas con dificultades para las actividades de la vida diaria o dependencia funcional. Finalmente, en la asistencia sanitaria, se hace referencia al consumo de medicamentos o a episodios de hospitalización.

En cuanto al consumo de alimentos, ciñéndonos al grupo de edad de 65 y más años, se deduce que en el año 2012, al que se refiere la encuesta, el consumo de fruta fresca y verduras, así como el de fruta y pescado, una o dos veces por semana.

Figura 4.- Consumo de alimentos por los mayores de 65 años, 2012



Las personas mayores por las características inherentes al propio envejecimiento (cambios fisiológicos, comorbilidad, fragilidad) presentan un mayor **riesgo de enfermar por el tabaco**. De la mortalidad atribuible, tres cuartas partes son debidas a cuatro enfermedades: cáncer de pulmón, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, comúnmente llamada bronquitis crónica), cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular.

Para los expertos en Geriatria el tabaco constituye un serio e importante problema a considerar, tanto por su prevalencia en el consumo, más grave que en otros grupos, (ya que probablemente llevan fumando muchos años), pero sobre todo por las consecuencias aditivas de la enfermedad, pues si bien la mayoría de los que mueren o enferman por el tabaco no son especialmente "grandes fumadores", es lo cierto que mayoritariamente habían empezado a fumar muy jóvenes.

La Encuesta pone de manifiesto la proporción de fumadores hombres muy superior a las mujeres en todas las franjeas de edad y especialmente en los mayores de 65 años.

Figura 5.- Población que fuma diariamente, según sexo y grupo de edad, 2012

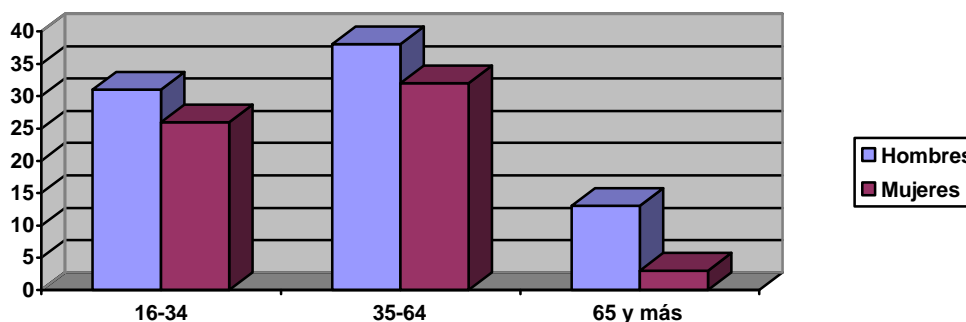
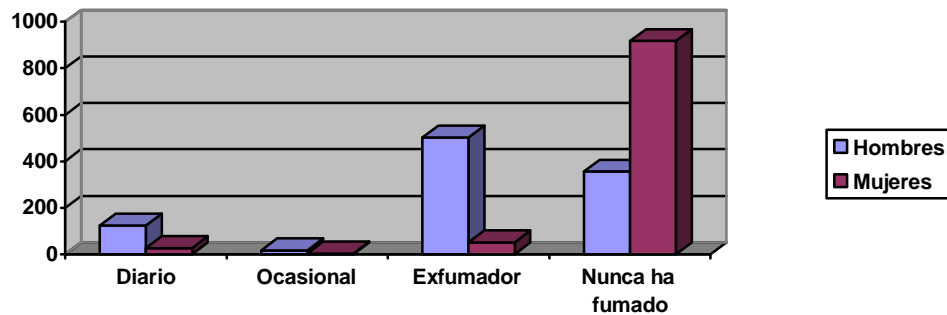


Figura 6.- Consumidores de tabaco por sexo, % mayores de 65 años, 2012



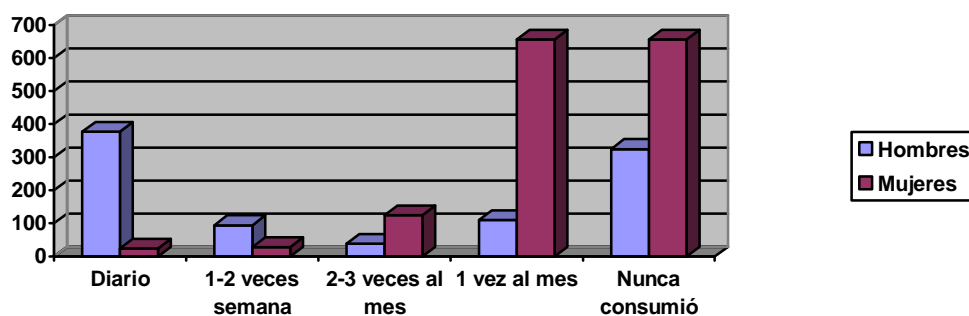
El consumo de alcohol es otro factor de riesgo para la salud de los mayores. Se calcula que entre un 2 y un 3 por ciento de los alcohólicos tiene más de 65 años. Según los expertos, en las personas mayores, el alcoholismo puede adoptar dos formas. La forma terminal de la alcoholización se caracteriza por la dependencia física, y a la que las personas mayores llegan luego de "una larga carrera" de hasta 20 años de beber en forma constante (pero acompañada de una alimentación regular que permite la supervivencia). Estos alcohólicos crónicos suelen estar bastante deteriorados y presentan signos característicos como la pérdida de la memoria y demencia, entre otros. Sin embargo, es más común el caso de los abusadores, personas mayores con una mala situación socioeconómica, que viven solas y que suelen ser rechazadas por sus familias; Según el Manual Merck¹⁸: "El alcoholismo es una enfermedad crónica caracterizada por una tendencia a beber más de lo debido, intentos infructuosos de dejar la bebida y mantenimiento de la costumbre a pesar de las adversas consecuencias sociales y laborales".

Las consecuencias a largo plazo del consumo de alcohol afectan al organismo de muy diversas formas. Desde un punto de vista nutricional, la disminución de los valores de ácido fólico, hierro y niacina que acompañan al alcoholismo favorecen la aparición de anemias, lesiones cutáneas, diarrea y depresión. Las alteraciones gastrointestinales del alcohólico afectan el esófago (inflamación y cáncer), el estómago (inflamación y úlceras), el hígado (hepatitis, cirrosis y cáncer) y el páncreas (pancreatitis, bajos valores de azúcar en sangre y cáncer).

¹⁸ El Manual Merck de Geriátría recopila toda esta información para hacerla accesible a todos los profesionales sanitarios que trabajan dentro del entorno de la atención geriátrica.

En cuanto a complicaciones cardiovasculares, las principales son arritmia, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial y aterosclerosis. Mientras que neurológicamente, las consecuencias del alcoholismo abarcan una amplia gama que va de lo leve a lo severo: confusión, coordinación reducida, limitación de la memoria a corto plazo, deterioro de los nervios que controlan los movimientos de los brazos y las piernas, psicosis y accidentes cerebrovasculares. En lo que hace al impacto de la dependencia, tanto psicológica como física, la que genera el alcohol interfiere con la capacidad de relacionarse y trabajar, y puede generar además un gran número de conductas autodestructivas.

Figura 7.- Consumo bebidas alcohólicas por sexo, mayores de 65 años, 2012



Más de tres cuartas partes de la población española, el 75,3%, **percibe su estado de salud como bueno o muy bueno**. Así lo revela la última Encuesta Nacional de Salud 2011-2012¹⁹. Se trata del valor más elevado desde que se elabora este estudio y supone un aumento de 5,3 puntos en relación a la última encuesta, correspondiente a 2006-2007. Entre los resultados del estudio, además de una importante mejora en el estado de salud percibido, destaca el descenso en el número de fumadores, el menor uso de la mayoría de los servicios sanitarios y el aumento de las patologías crónicas y del exceso de peso en la población. En cuanto al estado de salud, la percepción de que es bueno o muy bueno es mayoritaria. No obstante, se mantienen las diferencias entre hombres y mujeres.

¹⁹ Presentado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la secretaria general de Sanidad y Consumo, Pilar Farjas, y el presidente del Instituto Nacional de Estadística (INE), Gregorio Izquierdo. Tiene una periodicidad quinquenal, y se alterna cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud. Los datos presentados en la edición de 2013 corresponden a más de 26.500 entrevistas realizadas en el segundo semestre de 2011 y el primero de 2012.

El 79,3% de los varones declaran tener buena salud, frente al 71,3% de las mujeres. Esta percepción positiva disminuye con la edad, y en el grupo de 85 años y más se reduce a algo menos de un tercio de la población.

Figura 8.- Percepción del estado de salud hombres mayores de 65 años, 2012

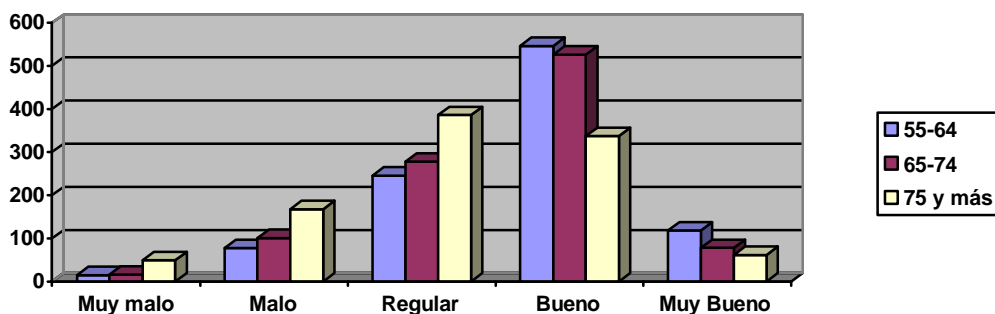
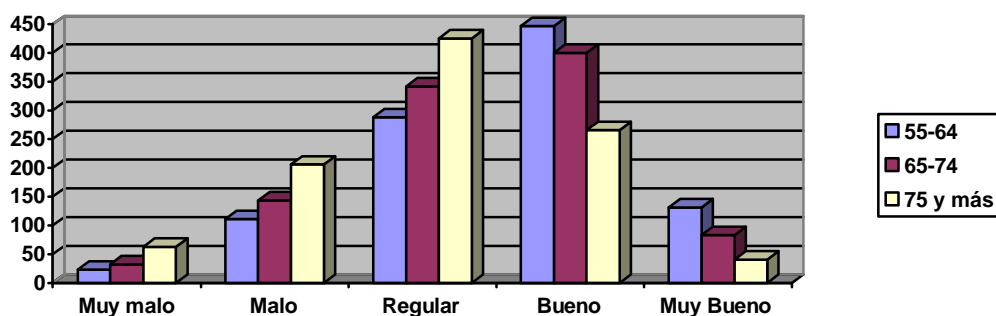
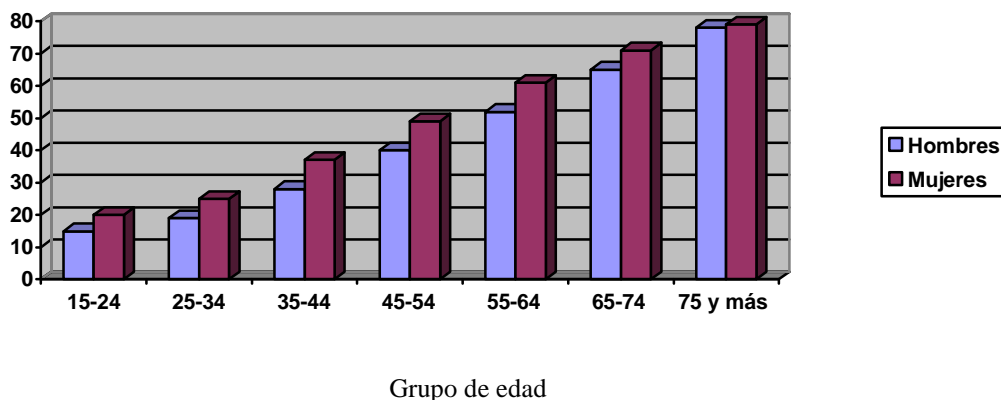


Figura 9.- Estado de salud percibido por mujeres, más de 65 años. 2012



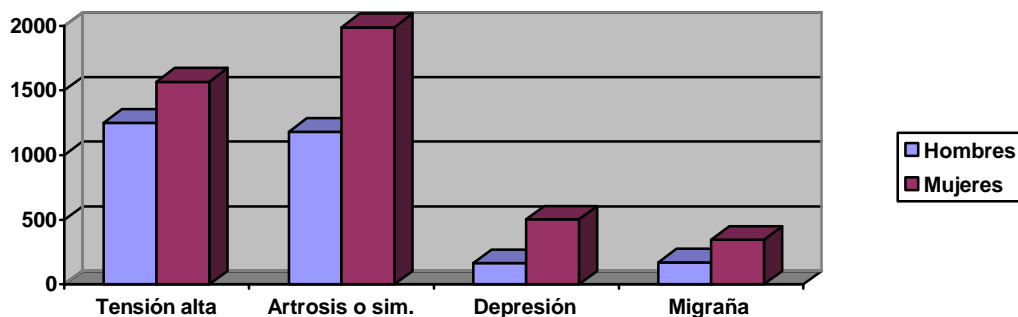
Con independencia de la percepción subjetiva del estado de salud, el porcentaje de población que ha declarado enfermedades o problemas de salud crónicos percibidos sobre el total de su grupo de edad se incrementa con la misma y siempre resulta superior en el sexo femenino.

Figura 10.- Enfermedad declarada, grupo de edad y sexo, 2012



Uniando las franjas de edad desde 65-74, 75-84, 85 y más para referirse a los porcentajes de población que han declarado enfermedad o problemas de salud crónicos percibidos sobre sus grupos de edad, se aprecia que la mayor incidencia se registra en el grupo de artritis, artrosis o reumatismo referido a mujeres con porcentajes del 59,2%, 68,6% y 71,1% para los grupos de edad de 65-74, 75-84 y 85- más, respectivamente.

Figura 11.- Principales enfermedades crónicas según sexo y edad, 2012



Resultados diferentes se aprecian si, a todos los porcentajes de esas cuatro enfermedades crónicas, les agregamos los correspondientes a los segmentos de edad entre 45-54 y 55-64 años, lo que hace que en estas dos franjas los porcentajes se decanten hacia una superioridad masculina, como consecuencia de una incidencia muy elevada en los casos de tensión alta, artritis, artrosis y reumatismo, en esas edades previas al inicio de la tercera edad.

Figura 12.- Tensión alta

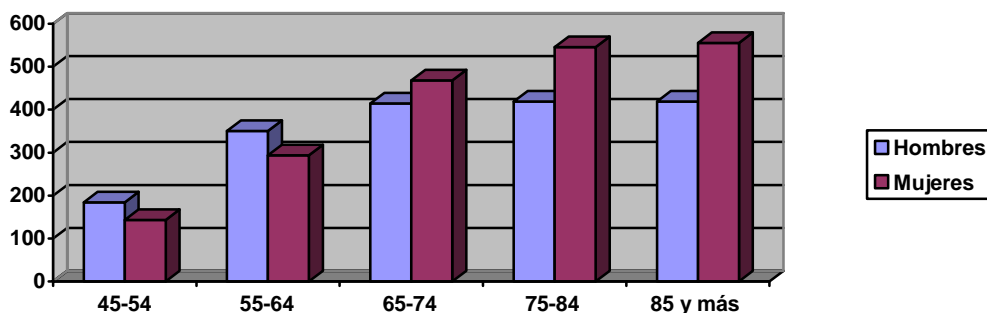


Figura 13.- Artrosis, artritis o reumatismo

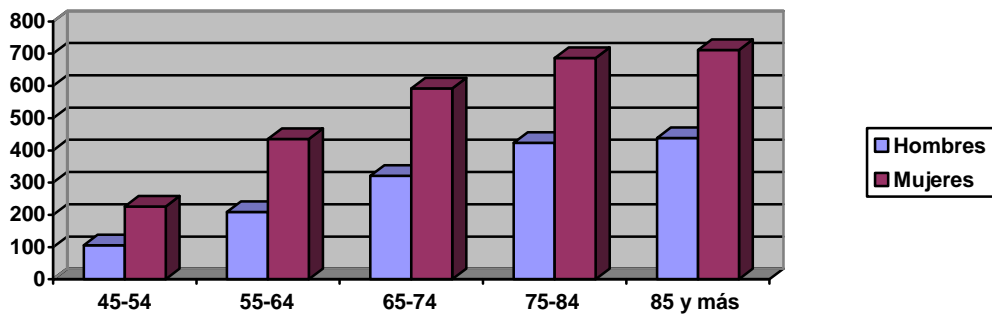


Figura 14.- Depresión crónica

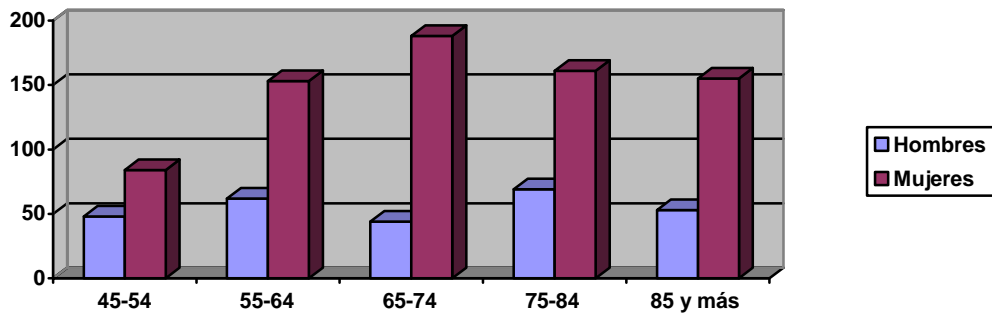
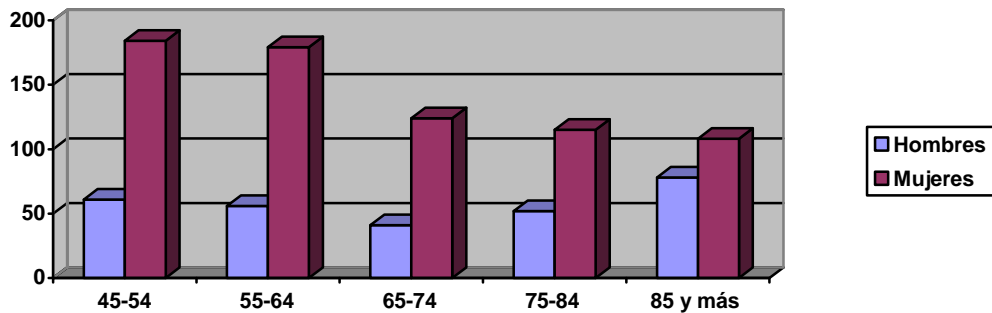


Figura 15.- Migraña o dolor de cabeza frecuente



La encuesta aborda la circunstancia de sufrir un accidente con datos referidos a los últimos 12 meses, agrupando en tres las franjas de edad (15-34; 35-64; 65 y más), de tal manera que los porcentajes de accidentes se distribuyen de forma prácticamente equivalente en los tres bloques: 37%, 30% y 33% respectivamente, si bien el mayor porcentaje de accidentes de personas mayores se producen en casa, escaleras, portal (53,3%) o en la calle, sin ser motivado por accidente de tráfico (31,9%).

Por lo que respecta al estado de salud libre de dependencia, la Encuesta se refiere a los porcentajes de personas con alguna dificultad para las actividades de la vida diaria, por grupos de edad y sexo, 2012 sobre la base de individuos gravemente limitados o limitados pero no gravemente para las actividades de la vida diaria en los últimos 6 meses²⁰, de donde se deduce que las limitaciones se incrementan de manera directa con el aumento de la edad y con evidente superioridad porcentual en lo que se refiere al sexo femenino.

Figura 16.- Personas con dificultad para AVD, edad y sexo, 2012

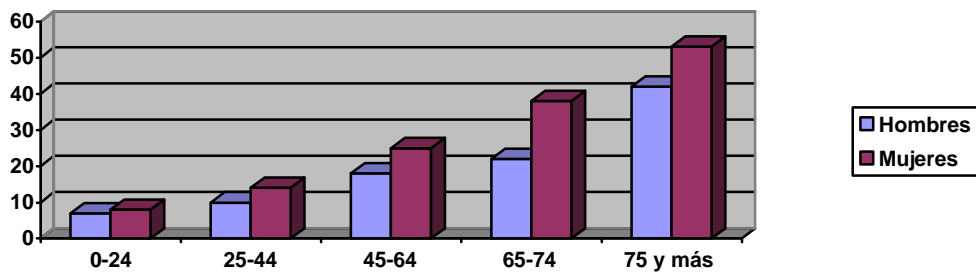


Figura 17.- Dependencia funcional según porcentajes totales sexo, 2012

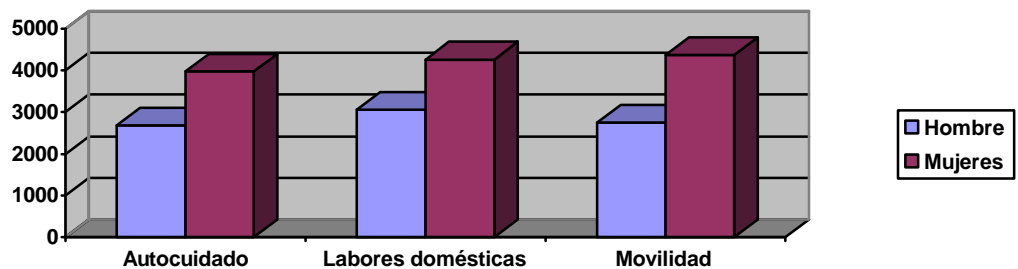
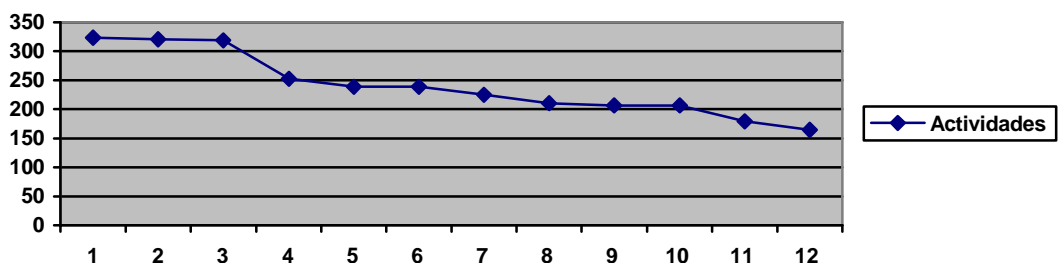


Figura 18.- Actividades cotidianas con mayor dificultad para mayores



²⁰ Fuente INE: INEBASE: Encuesta Nacional de Salud. Año 2012. Estado de Salud. Cifras absolutas y relativas. INE, 2013.

Una misma persona puede presentar más de un tipo de dependencia funcional, lo que se constata en las tablas que compendian los datos aportando porcentajes de personas con dependencia funcional según sexo y edad²¹.

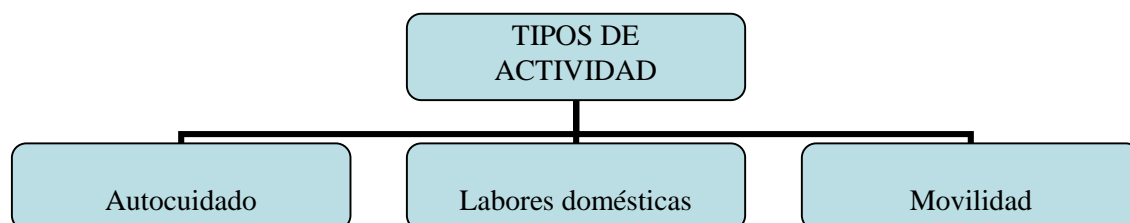


Tabla 2.- Hombres con dependencia funcional

HOMBRES	AUTOCUIDADO (1)	LABORES DOMÉSTICAS (2)	MOVILIDAD (3)
Total	26,88	30,59	27,47
De 65 a 69 años	12,05	16,66	13,80
De 70 a 74 años	18,36	20,98	15,59
De 75 a 79 años	27,42	30,35	27,75
De 80 a 84 años	43,88	45,75	45,16
De 85 y más años	64,78	72,63	68,87

Tabla 3.- Mujeres con dependencia funcional

MUJERES	AUTOCUIDADO (1)	LABORES DOMÉSTICAS (2)	MOVILIDAD (3)
Total	39,74	42,61	43,70
De 65 a 69 años	15,95	17,75	18,45
De 70 a 74 años	30,03	32,14	33,17
De 75 a 79 años	40,50	43,61	45,32
De 80 a 84 años	56,52	60,06	60,49
De 85 y más años	76,15	80,96	82,62

²¹ Las actividades de autocuidado comprenden: tomar las medicinas, comer, vestirse y desnudarse, peinarse y afeitarse, lavarse la cara y el cuerpo de cintura para arriba, ducharse o bañarse y quedarse solo durante la noche.

Las labores domésticas comprenden: utilizar el teléfono, comprar comida o ropa, preparar el desayuno, preparar la comida, cortar una rebanada de pan, fregar la vajilla, hacer la cama, cambiar las sábanas, lavar ligera a mano, lavar ropa a máquina, limpiar la casa, limpiar una mancha en el suelo y coser un botón.

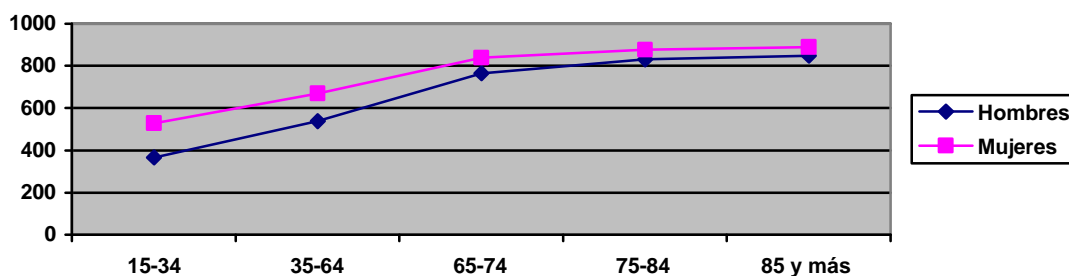
Las actividades de movilidad comprenden: coger un transporte público, administrar su propio dinero, andar (con o sin bastón), andar una hora seguida y subir diez escalones.

Tabla 4.- Actividades cotidianas dificultosas para los mayores

1	Andar durante una hora seguida	7	Cambiar las sábanas de la cama
2	Cortarse las uñas de los pies	8	Lavar ropa ligera a mano
3	Limpiar una mancha del suelo agachándose	9	Comprar comida o ropa a mano, etc.
4	Limpiar la casa o el piso	10	Hacer la cama
5	Subir diez escalones	11	Lavar ropa a máquina
6	Coger el autobús, metro, taxi	12	Ducharse o bañarse

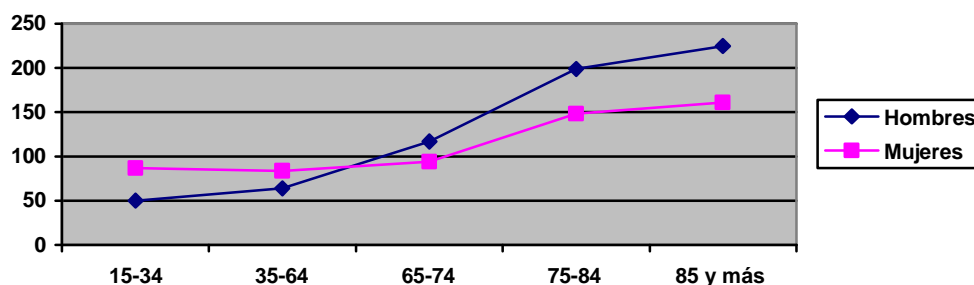
En consumo de alimentos, las mujeres a partir de los quince años están por encima, en los grupos de edad, sobrepasando el 83,8% a partir de los 65-74 años y produciéndose un acercamiento entre ambos sexos a partir de esa misma franja de edad.

Figura 19.- Consumo de medicamentos según sexo y edad, 2012



En el caso de las hospitalizaciones se produce una mayor incidencia en las mujeres que se extiende hasta próxima la franja de edad de los 65-74 años. A partir de ese cruce son los hombres quienes son objeto de una mayor incidencia en el porcentaje de los casos de hospitalización en los últimos 12 meses.

Figura 20.- Hospitalizaciones según sexo y edad, 2012



Finalmente, se ordenan los medicamentos según el porcentaje de frecuencia de su uso y referido a las últimas dos semanas, indicador que se toma como referencia y se presenta en tabla comparativa para los grupos de 65 y más años o el resto de la población a partir de los 15 años.

El consumo de medicamentos se incrementa de forma evidente con el aumento de la edad, destacando para las personas mayores los relativos a la tensión arterial y los relajantes, tranquilizantes, relacionados con la digestión y el colesterol, y somníferos.

Tabla 5.- Tipo de medicamento consumido según sexo y edad

Nº	TIPO DE MEDICAMENTO	Mayores de 65 años		A partir de 15 años	
		Nº orden	Porcentaje	Nº orden	Porcentaje
1	Tensión arterial	1º	60,5	2º	27,9
2	Medicinas para el dolor	2º	50,4	1º	48,9
3	Otros medicamentos	3º	37,5	3º	24,6
4	Para bajar colesterol	4º	34,3	6º	18,1
5	Estómago/digestión	5º	33,8	5º	19,3
6	Relajantes. Somníferos	6º	28,7	7º	16,8
7	Medicinas para corazón	7º	22,0	8º	8,7
8	Medicación diabetes	8º	19,5	9º	8,5
9	Medicación contra reuma	9º	14,8	13º	6,2
10	Catarro, gripe, bronquios	10º	13,9	4º	20,3
11	Antidepresivos	11º	9,9	12º	7,0
12	Reconstituyentes (vitaminas)	12º	8,8	10º	8,2
13	Antibióticos	13º	6,1	11º	7,2
14	Laxantes	14º	5,6	16º	2,9
15	Medicación contra alergia	15º	3,0	15º	5,5
16	Bajar la fiebre	16º	2,1	14º	5,5

3.- MALTRATO A PERSONAS MAYORES: DEFINICIÓN Y TERMINOLOGÍA

Como en toda actividad investigadora que pretenda ser científica, resulta imprescindible establecer acuerdos sobre la definición precisa del concepto de malos tratos a los ancianos, sobre los límites del mismo y sobre las diversas tipologías en las que se concreta. Resulta conveniente establecer acuerdos sobre la definición precisa del concepto de malos tratos a las personas mayores, sobre los límites del mismo y sobre las diversas tipologías en las que se concreta.

El intento de encontrar una definición de malos tratos a personas mayores (MTPM) que pueda ser aceptada por todos y que contenga todos los elementos que pueden conformarla, se enfrenta a una realidad extremadamente compleja y no exenta de dificultades para resumir, dada la multiplicidad de enfoques susceptibles de ser tomados en consideración. En este trabajo, vamos a partir de varias definiciones de referencia, avaladas por un cierto consenso.

3.1.- Definiciones institucionales

Afirman Javato Martín, M. y Montserrat de Hoyos Sancho en “Violencia, abuso y maltrato de personas mayores” (2010:73) que el maltrato a ancianos es un fenómeno muy antiguo, pero su estudio y definición es muy reciente. Como afirma Osuna Carrillo de Albornoz “Historia y situación actual del maltrato en el anciano”, “esta novedad no surge por su aparición reciente, sino que ha existido a lo largo de la historia, pero en un ámbito privado y que por distintas razones no ha sido considerado como un problema... es a partir de la década de los noventa, cuando aparecen publicaciones científicas sobre el tema, comienza a ser noticia y provoca un cierto desconcierto entre la población y los profesionales, incluso se percibe una cierta resistencia a su reconocimiento, como ha resultado del enfrentamiento entre su existencia y el rol clásico de la familia y las instituciones como lugares de protección”.

En las primeras revistas médicas británicas se empezó a definir el fenómeno bajo la expresión “granny bashing” (Ehrlich, 1995), y las norteamericanas “parent battering” (Burston, 1975); en ambos casos, con el sentido del “abuelo vapuleado”.

Aunque no existe en la actualidad un consenso internacional tanto en lo que se considera globalmente MPM como de cada tipo específico de éste, se ha ido generando un progresivo número de intentos de conseguirlo dentro de la bibliografía internacional y así, para el **Centro Americano de Maltrato al Anciano (1995)**, se trata de “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”. Y en redacción similar, **la American Medical Association** (Morillas Fernández, David. Obra citada. RECPC 02-r4 (2000) definió el abuso a ancianos en 1987 como “todo aquel acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño para la salud o el bienestar de una persona mayor”.

La I Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado²² elaboró **la Declaración de Almería de 1996** que concluía con la siguiente definición: “todo acto u omisión sufrido por una persona de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad o del medio donde ocurra”.

Milner (1990) definió los malos tratos sobre ancianos como “aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, de privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarlo”.

El Department of Health/Social Services Inspectorate (1993) señala “el maltrato puede ser descrito como físico, sexual, psicológico o económico. Puede ser intencional o como resultado de un abandono. Causa daño en el anciano, temporal o durante un periodo de tiempo prolongado”.

Una referencia más actual sobre este problema la encontramos en la **Declaración de Toronto de 2002**: “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”.

²² Almería, (04-05-1995).

Sánchez del Corral (2003) propone las siguientes definiciones de maltrato al anciano: “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.

“Acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión”.

Más recientemente, con ocasión de la publicación de un Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, fuertemente dominado por los trabajos anglosajones en la materia, la **Organización Mundial de la Salud** hizo suya la definición aportada por la Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos contra las Personas Mayores **La OMS-CGI** adoptó la definición desarrollada por **Action on Elder Abuse** (Reino Unido) en 1995, en términos casi idénticos:

La insuficiencia de las definiciones connotativas o estructurales de estos actos fue señalada por un **estudio canadiense titulado “Instrumento de estudio del maltrato a las personas mayores”** que elaboró una definición descriptiva comprensiva de sesenta y un elementos atribuidos de manera fiable a nueve categorías. (Robert Cario, Hurkoa, 2006:150). Se trata de una aproximación muy similar a la que ofrece **INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse)**²³, que lo define como: “Cualquier acto ya sea aislado o repetido, o la falta de acciones apropiadas, que ocurren en el marco de cualquier relación interpersonal donde existe una expectativa de confianza y que causa o puede causar daño o malestar (distress) a una persona mayor o que viola sus derechos humanos o civiles”.

Se detecta la preocupación por simplificar la redacción del concepto que puede llevar a definir esta victimización como “característica de acciones o de omisiones, provenientes de una persona de confianza, tendentes a provocar lesiones físicas, traumatismos psíquicos o psicológicos, perjuicios materiales y /o sociales graves”.

²³ INPEA: Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano.

Incluye los hechos revelados o no, voluntarios o involuntarios, realizados por cuidadores naturales (generalmente familiares o cercanos) o profesionales con competencias diversas (en particular, servicios de cuidados, servicios sociales, instituciones judiciales y auxiliares de justicia) y concluye una definición concreta que consiste en, que “el maltrato a personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”²⁴, resumiendo que “se entiende por maltrato a las personas mayores todo acto aislado o repetido, o la ausencia de intervención apropiada, que se produce en una relación de confianza y causa perjuicio o angustia a la persona mayor”. (Robert Cario, 2005:150).

Por su parte, Isabel Iborra Marmolejo, **del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia**²⁵ lo definía así durante su etapa de dedicación al estudio de este fenómeno: “Cualquier acción voluntariamente realizada, es decir, no accidental, que dañe o pueda dañar a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos. Para que estos hechos se tipifiquen como maltrato deben ocurrir en el marco de una relación interpersonal donde exista una expectativa de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, pudiendo ser el agresor un familiar, personal institucional (ámbito sanitario o de servicios sociales), un cuidador contratado, un vecino o un amigo. (Iborra Marmolejo, I., 2003, 2005: 20).

El Instituto Vasco de Criminología a través de Hurkoa Fundazioa, bajo la firma de Joaquín de Paúl y José Luis Larrión ofrece la siguiente definición:

“En términos generales, este concepto suele referirse a aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, de privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle.” (Hurkoa Fundazioa, 2006:14)²⁶.

²⁴ <http://www.elderabuse.org.uk/Mainpages/Questions.htm>

²⁵ El Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, que impulsó en 2007 por la Generalitat Valenciana para investigar, a través de estudios y congresos, las formas de intimidación y agresión, en especial las cometidas contra mujeres, niños o personas mayores. El 6 de julio de 2011 se acordó la extinción de la Institución por "no ser posible su viabilidad económica".

²⁶ Hurkoa es una entidad particular impulsada por Cáritas Diocesana, en 1990 para la atención de los incapaces más necesitados de protección, dedicándose en la actualidad a las personas mayores y a los enfermos mentales.

El Consejo de Europa considera maltrato todo acto u omisión cometido contra una persona mayor en el cuadro de la vida familiar, la seguridad económica, la integridad física, psíquica, su libertad o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad.

Por su parte, **E. Osuna Carrillo** (vid. obra citada) lo define como “acción u omisión o trato negligente, no accidental, que prive al anciano de sus derechos y de su bienestar, que amenace y/ o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico y/ o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

Martínez Maroto, A. (“Los malos tratos y personas mayores. Un enfoque jurídico”. Revista española de geriatría y gerontología. 2003, 38) lo define como “acciones u omisiones normalmente constitutivas de delito/ falta que tienen como víctima a las persona mayor, que se ejercen comúnmente de forma reiterada y basadas en el hecho relacional, bien sea este familiar o de otro tipo”.

Y en un intento de sintetizar las definiciones recogidas, podemos considerar el maltrato a las personas mayores como “Todo tipo de acciones u omisiones que, producidas dentro de una relación de confianza, son capaces de producir daño físico, psíquico o de cualquier otra tipología susceptible de vulnerar de forma más o menos grave, el disfrute de cualquier derecho o aspecto de su calidad de vida y que se consuma en cualquier ámbito en el que la persona mayor desarrolle los diversos aspectos de su vida”.

3.2.- Elementos comunes a estas definiciones y precisión terminológica

Podemos resumir en tres los **ejes que conforman la identidad** de los MTPM:

1) Un vínculo, a priori, significativo y personalizado que genera expectativa de confianza; 2) El resultado de daño o riesgo significativo de daño como condición necesaria pero no suficiente; 3) La intencionalidad o no intencionalidad como condición suficiente, pero no necesaria.

De unas y otras definiciones pueden extraerse una serie de **elementos fundamentales** como:

a) Inclusión de elementos tanto activos como pasivos; b) La especial cualidad de la relación (confianza); c) La necesidad de consecuencia (daño);

Y en todas vienen a destacarse **aspectos significativos del tipo**.

a) Multiplicidad de tipos además del posible daño físico; b) consideración de la perspectiva moral imprescindible al análisis del problema; c) vulneración de derechos como elemento objetivo del daño; d) escasa importancia de la intencionalidad; e) variedad de entornos en que puede producirse el maltrato.

Tratándose de un problema complejo y escasamente tratado como el que es, resultan de especial dificultad las **precisiones terminológicas**. De hecho, no existe ninguna definición aceptada de modo universal que englobe todos los aspectos del maltrato que necesitarían ser considerados (Bonnie y Wallace, 2003, Pénale y otros, 2000, Glendenning, 2000, Pillemer y Finkelhor, 1988, Wolf y Pillemer, 1989, Bennet, 1990, McCreadie, 1991), (Iborra Marmolejo, I., 2005:18).

La propia nomenclatura para agrupar al colectivo ya es variada como es la dificultad para la definición del concepto: desde personas mayores o personas de más edad, tercera edad, ancianos o cuarta edad para personas mayores de ochenta años.

Naciones Unidas, en sus diferentes documentos sobre el tema opta por la referencia a personas mayores (older persons en inglés; personnes âgées, en francés) y en ella incluye a todas las personas de más de sesenta años.

La Unión Europea, por su parte, las restringe a personas de sesenta y cinco en adelante. (Servicio estadístico, Eurostat).

La determinación del límite de edad a partir del que una persona puede ser considerada mayor es problemático. Suele situarse hoy en los sesenta y cuatro años, pero el límite de edad varía según los países. Según Iborra Marmolejo, “en algunos lugares se utiliza como edad de corte los 60 años; incluso en algunas estadísticas se habla de ancianos cuando estos tienen 50 años y más. En todo caso, debido a los avances en el campo de la salud y al incremento tanto en la esperanza como en la calidad de vida, se percibe una tendencia entre los profesionales que trabajan con personas mayores a incluir en este grupo de edad a aquéllos que ya han cumplido los 70-75 años”, “Concepto y tipos de maltrato de mayores”, en Violencia contra personas mayores, Iborra Marmolejo, Ariel, 2005: 20 Javato Martín, M., Montserrat de Hoyos Sancho. Obra citada, 41).

Señala Morillas Fernández que en los documentos de Naciones Unidas se considera persona mayor a la de más de sesenta años y que, por el contrario, “la tendencia europea... las restringe a personas mayores de sesenta y cinco, posiblemente con una concepción más ajustada a las tendencias y realidades sociales”, en Malos tratos a personas mayores: otra forma de violencia, cit., p.1, obra citada. Pag. 41).

Como venimos diciendo, al ser ésta una materia cuyo estudio y toma en consideración es muy reciente, todavía no existe el suficiente nivel de concreción universalmente aceptado, tanto en los conceptos como en la terminología, por lo que haremos un repaso a lo largo de la terminología y los diversos conceptos que, caso de ser utilizados en el trabajo presente, lo serán con todas las cautelas que quedan expuestas, con el objetivo de prevenir posibles confusiones:

Identidad de los malos tratos: Con carácter global y a modo de resumen, podemos sintetizar los ejes que conforman la identidad de los MTPM, en:

Acción u omisión: Tanto ejecutar lo inconveniente, como dejar de hacer lo necesario.

Voluntariedad: Como cualquier otro acto punible. No se incluye lo accidental.

Expectativa de confianza: Es decir, un vínculo a priori significativo y personalizado que la genere.

El resultado de daño o riesgo significativo de daño. Condición necesaria, pero no suficiente.

Intencionalidad – No intencionalidad. La intencionalidad sería una condición suficiente, pero no necesaria.

Significación y Terminología: Instituciones, autores y contextos diversos atribuyen significados y adjetivaciones diferentes según tipologías: físico, psicológico, económico, etc.

Multiplicidad de términos para definir una misma identidad con matices distintos: maltrato, malos tratos, abuso, negligencia, abandono, etc. Entre la denominación de malos tratos -en plural- y maltrato, a secas, puede darse la confusión, puesto que el término en singular implica acción por sí mismo y posiblemente sólo debería aplicarse en determinados casos de malos tratos.

La utilización del término “abuso” puede llevar a confusión en ciertos casos, tanto por su indeterminación, como por el hecho de que en castellano alude necesariamente a la intencionalidad y en la mayoría de los casos de MLPM, la intencionalidad no está constatada.

Es tan sutil la línea divisoria entre los malos tratos y los que no lo son que puede darse la circunstancia de que los indicadores en los que nos basemos lleguen a la conclusión objetiva de la existencia de los mismos mientras que la percepción subjetiva de la persona mayor entienda que no existen tales. Especial relevancia tienen aspectos culturales según las zonas del mundo donde se producen los fenómenos.

El propio concepto de maltrato no es unitario, sino que presenta múltiples variantes con contenidos igualmente diversos. Dentro de cada grupo, se encuentran los tipos activo/pasivo, que como su nombre indica, hacen referencia a acciones ejecutadas con resultados de maltrato o bien las dejadas de ejecutar y cuya omisión producen igualmente el maltrato; términos todos ellos que intentamos concretar:

Sujetos pasivos: La propia denominación de “anciano” no es consensuada. Aunque la mayoría de los autores consideran a una persona “mayor” cuando tiene más de 64 años, esto varía según los países, de modo que en algunos lugares se utiliza como edad de corte los 60 años; incluso en algunas estadísticas se habla de ancianos cuando éstos tienen 50 años o más. (Iborra Marmolejo, I. 2005:20). La cuarta edad es considerada a partir de los 80 años. Desde el punto de vista de la edad de corte, para nosotros en este trabajo, las personas mayores serán consideradas aquellas que han superado los sesenta y cinco años. La expresión “responsable de los malos tratos” parece resultar adecuada. Es la que propone el Observatorio de Mayores, el IMSERSO y la SEGG (Moya Bernal, A., Barbero Gutiérrez, J., 2006: 16).

Sujeto pasivo es la persona mayor víctima de alguna forma de maltrato.

Escenarios: Pueden ser de lo más diverso, desde los domicilios de los ancianos a los de los hijos, consultas, residencias, etc., e incluso los propios centros de ocio.

Desde el punto de vista del lugar de perpetración, consideramos malos tratos en el ámbito familiar a aquéllos que se producen en el seno del hogar, mientras que suelen denominarse malos tratos institucionales los que se producen en determinadas instituciones (residencias de ancianos).

También pueden denominarse de ese modo las conductas y decisiones institucionales (de los gobernantes, hablando claro) que transgreden el principio de justicia desde determinados criterios de financiación y asignación de los recursos. Como cuestión previa y a efectos esencialmente didácticos suele establecerse una división inicial entre maltrato familiar y maltrato institucional. La familia y las instituciones son los dos principales contextos en los que pueden desarrollarse los distintos tipos de maltrato.

Sujetos activos: Además de los autores materiales, pueden estar implicados familiares, profesionales, etc.

Autoría: Para describir al autor de los malos tratos se utilizan términos diversos, como:

Victimizador que no figura en el diccionario de la Real Academia. Pero victimizar significar “matar”, lo que no siempre coincide con nuestro objeto de estudio.

Perpetrador es quien comete un delito o culpa grave, lo que merece el mismo planteamiento anterior.

Agresor es la persona que viola o quebranta el derecho de otra. Tiene una connotación en la que no parece entrar la omisión.

Maltratador merece una consideración semejante. Además, no todos los malos tratos tienen necesariamente un autor material detrás.

El maltrato familiar, institucional y comunitario no son, pues, tipos de maltrato propiamente dicho, sino diferentes ámbitos en los que el mismo puede aparecer. Este trabajo va a dedicarse preferentemente a las modalidades institucional y comunitaria con referencia de pasada al maltrato en el ámbito familiar ya tratado por el autor.

Valoración-prevención: En la valoración de los malos tratos -concepto indeterminado, como se dijo- habrá que considerar tanto la responsabilidad moral, como la gravedad, intensidad y frecuencia de las consecuencias producidas.

Deben evitarse dos posiciones extremas:

- a) La culpabilización de las familias, y
- b) La judicialización de esta cuestión de los MTPM.

Los MTPM pueden producirse en cualquiera de sus formas tanto por acción como por omisión.

Los MTPM se producen por personas de las que se esperaría un trato especialmente cuidadoso, fruto de una relación significativa basada en la confianza desde el propio rol que representan los sujetos agente – paciente.

El concepto clave del MTPM es la prevención. Hay que dotar suficientemente de recursos a las personas mayores, a las familias y a las instituciones con el objetivo de generar actitudes positivas de la sociedad hacia la vejez.

Detectar los malos tratos precisa un elevado índice de sospecha ya que, a falta de datos constatables, sólo se diagnostica aquello en lo que se piensa. Conviene no dar a los indicios la categoría de pruebas. No han de ponerse en tela de juicio, a priori, ni la intencionalidad ni la capacidad de los cuidadores, ya sean familiares o profesionales.

Intencionalidad y daño: La intencionalidad puede estar en el resultado, pero también en la acción – omisión. No admite grados: se tiene o no se tiene. Pero el que no haya intencionalidad no significa que no haya responsabilidad.

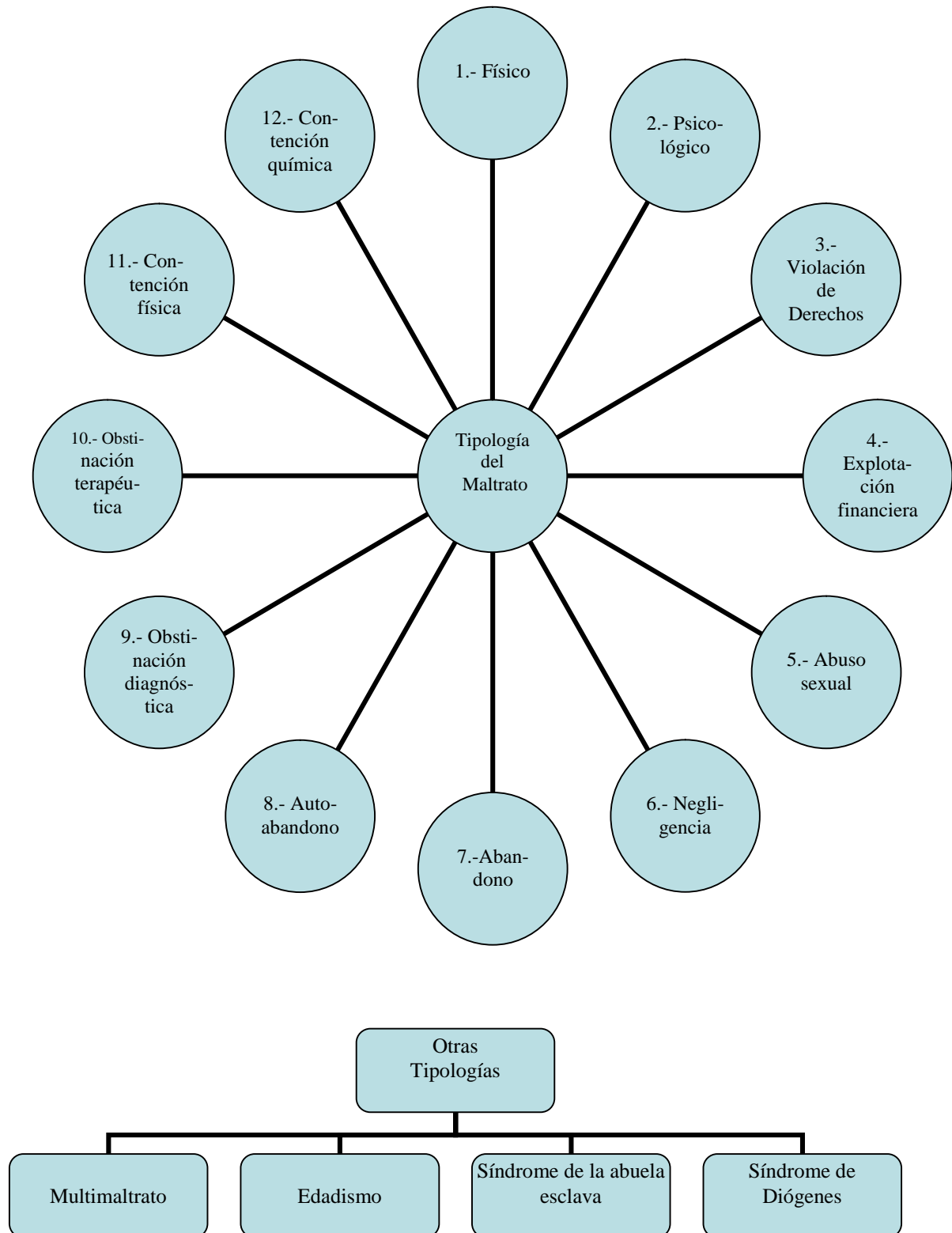
Para hablar de malos tratos en cualquiera de sus formas tiene que haber un resultado de daño o angustia. Al menos, un riesgo significativo.

Existen, en todo caso, distintas percepciones de índole social cultural o étnico.

Los MTPM constituyen una transgresión moral al principio ético de la no-maleficencia. Cuando existe intencionalidad, existe claramente maleficencia, pues se realiza “dolosamente” una acción u omisión que está contraindicada.

Y si existe esa intencionalidad para infligir malos tratos, la respuesta tendrá que ser predominantemente legal, con estos objetivos: Protector, rehabilitador y sancionador.

4.- TIPOLOGÍAS DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES



4.1.- Las tipologías de los malos tratos a Personas Mayores

A pesar de que no existe un consenso suficiente ni una tipología universal que pueda servir de base a un estudio global y minucioso sobre las posibles definiciones de situaciones en las que se producen malos tratos a las personas mayores, se tiende a asumir, en la actualidad, la existencia de una serie de tipologías – algunas, insuficientemente estudiadas- cuyas descripciones vamos a tratar de sintetizar seguidamente aunque sólo sea de forma indicativa y que han quedado recogidas previamente de modo esquemático, en dos bloques, en la página anterior y que van a quedar reseñadas, a continuación.

El maltrato físico se lleva a cabo en forma de golpes, empujones, contenciones, etc. Es quizás la forma más fácil de detectar pues es frecuente que deje secuelas visibles (hematomas, desgarros, heridas, fracturas, etc.). Frecuentemente se asocia a malos tratos psicológicos o por negligencia y constituye la base de la obligación de los profesionales sanitarios de emitir un parte de lesiones en el que se hará constar la descripción de las mismas y la forma en que el paciente o los testigos de afirmaron fueron producidas, remitiéndolo al Juzgado de Instrucción correspondiente.

Se trata de una agresión intencional (no accidental) realizada contra una persona anciana que le produce daños o que en casos extremos provoca desfiguración y/o la muerte. Algunos autores incluyen el abuso sexual.

Las secuelas del maltrato físico son las más visibles, lo que no significa que necesariamente sean las más graves, si bien, constituye el modo de maltrato más sencillo de demostrar cuando produce lesiones o secuelas, cuyo tratamiento se encuentra recogido en el Código Penal.

El resto de las modalidades de maltrato (las que no tienen ejecución física) son mucho más numerosas, más calladas y productoras de tanto y más dolor en quienes las padecen. Se trata del maltrato psicológico o (emocional). Según los estudios que conocemos, viene a resultar que los fenómenos de abuso psicológico y de negligencia son los que tiene mayor incidencia contra las personas mayores tanto en el ámbito familiar como en el institucional.

Se trata de fenómenos difícilmente detectables y que suelen encontrarse con ausencia de denuncia por parte de las víctimas que llegan a considerarlos como dentro de la normalidad de su convivencia.

El maltrato emocional es de los más difíciles de detectar pues en general no suele dejar huellas visibles, aunque sí las deje en la esfera psicológica y psicosomática.

Las formas de actuar en este tipo de malos tratos son mediante amenazas, insultos, humillaciones, aislamiento, infantilización, etc. Y las huellas que pueden hacer sospechar su existencia podrían iniciarse con una angustia que luego se desbordaría en otros y más graves, como promoción intencional de condiciones que producen malestar mental o emocional en el anciano, angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés, caracterizándose del modo siguiente:

Suelen revestir especial relevancia las amenazas de abandono e institucionalización (Iborra Marmolejo, I., 2005: 23).

Generalmente son acciones de carácter verbal.

Se suele exigir como condición la existencia de un cierto esfuerzo crónico y sistemático para degradar al anciano. Los casos aislados y no crónicos suelen suponer el efecto de crisis recientes, situaciones de estrés, etc.

Para la Profesora Doña Blanca Morera, el denominado maltrato emocional o psicológico es aquel que genéricamente consiste en verbalizaciones o conductas que denigran a las personas mayores o que atentan contra su dignidad (Blanca Morera, 2006: 309). Supone un cierto elemento de intencionalidad que puede incluir motivos como: conseguir la sumisión o el control; modificar conductas que el maltratador no acepta; dar cauce a propios problemas emocionales del maltratador.

Habitualmente se produce en una relación asimétrica que reproduce una dinámica: dominador-dominado. Es éste el tipo de abuso no físico en el que se maneja una dinámica de poder-agresión de una forma más clara. Supone negar el valor personal del mayor, ignorar o contrariar expresamente sus deseos, no respetar su espacio de intimidad y dificultar el contacto con sus referentes afectivos.

Si la persona mayor considera que es una carga para otras personas, y que éstas hacen suficiente con atenderla, puede aceptar pasivamente la situación, e incluso justificarla, por lo que el maltrato deberá ser identificado por indicadores alternativos, con gran relevancia para las diferencias culturales.

Suelen establecerse estos subtipos: agresiones verbales, amenazas, intimidación y humillación (descalificación, denigración); infantilización, que consiste en intentar transformar la figura del mayor asemejándola a la de un niño, con sus reacciones y apetencias, pretensión que normalmente no resulta asumida por la persona mayor; aislamiento e incomunicación, equivalentes a tratamiento silencioso, que consiste en prestar atención pero evitar la comunicación verbal.

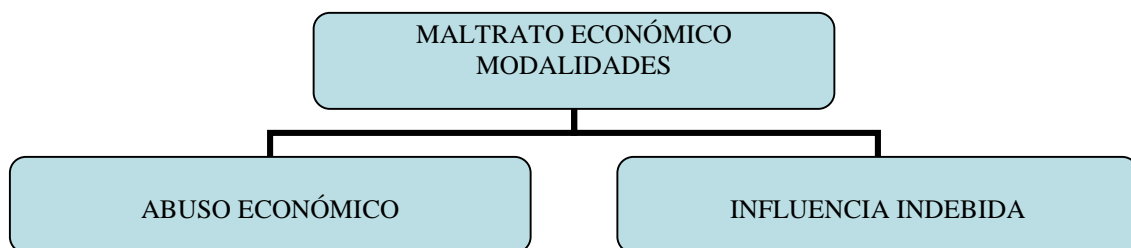
En una modalidad de Maltrato que podemos considerar como **violación de derechos**, se incluye el confinamiento o cualquier otra interferencia con la libertad personal, derecho a la libertad de expresión, al secreto de las comunicaciones, etc., así como la explotación del anciano en sus recursos materiales y financieros. Hay autores que establecen una tipología específica y la denominan Explotación Financiera, tratada a continuación.

El **maltrato económico o financiero** se produce cuando existe una utilización inadecuada por terceros (familiares, amigos, cuidadores, instituciones, etc.) de bienes dinerarios o materiales, sin el consentimiento del actor, con engaño, o con abuso de confianza, e incluso con el robo.

No es infrecuente que se dé en casos de personas iletradas o con deterioro cognitivo o de plena confianza. Se puede realizar en forma de retirada de dinero o de firmas de poderes o de testamentos u otras formas de apropiamiento indebido.

Se trata de la utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona mayor, en definición de Stein (1991) citada por McCreadie (1996).

Aunque la pérdida de propiedades y de dinero es importante, la principal consecuencia del abuso económico es la pérdida de confianza (Deem, 2000). Además, las víctimas de sienten avergonzadas.

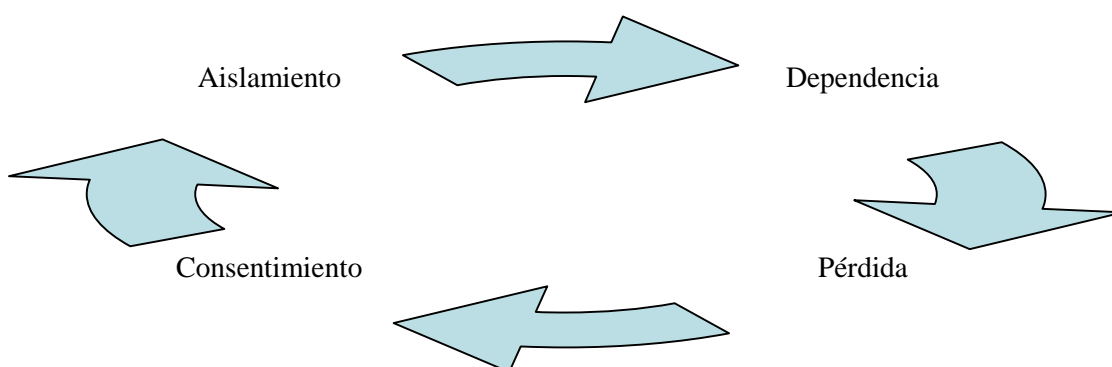


El **abuso económico** constituye un problema muy generalizado y difícil de detectar, prevenir y solucionar. Existe esta modalidad de maltrato cuando se produce la utilización inadecuada, por parte de terceros - sin consentimiento o con consentimiento viciado de la víctima,- de los fondos, posesiones, propiedades y/ o bienes de éste, no en beneficio del mayor, sino en beneficio de un tercero o de terceros.

A menudo, supone la realización de actos “ilegales”, como firma de documentos, donaciones, testamentos en un sujeto que no ha decidido libremente la acción o no tiene capacidad para llevarla a cabo con todas las garantías.

Se habla de Influencia Indebida (Undue influence) cuando en una relación de poder, la persona mayor permite que un tercero actúe en su nombre, pese a la evidencia del perjuicio que le produce dicha actuación, o cuando el mayor procede de una forma diferente a lo que haría en ausencia de la influencia del otro.

El Dr. Bennet Blum ha propuesto el Modelo “IDEAL” (Blum, 2003) para explicar la dinámica en la que se produce esta influencia. El modelo permite valorar una serie de factores que se correlacionan con la susceptibilidad de una persona mayor a ser víctima de este tipo de maltrato y que, cuando pueden identificarse unidos en una relación, la probabilidad de abuso alcanza casi el grado de certeza, a saber (Blanca Morera, 2006: 34.), factores que pueden sintetizarse en:



El aislamiento supone falta de información para decidir; y la dependencia, falta de autonomía que puede ser física, emocional o de información y, en todo caso, una manipulación emocional que impide al mayor percibir adecuadamente lo que está ocurriendo y las consecuencias reales.

El consentimiento se interpreta cuando el mayor se somete a lo que quiere el agresor, pero no lo hace de forma consecuente, y la pérdida, como una conducta alternativa que se presenta con la apariencia de que es la mejor para el mayor.

Supone **maltrato sexual** la comisión de actos de contenido libidinoso con una persona anciana sin que ella otorgue libremente su consentimiento o sin que sea capaz de otorgarlo. Implica comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado.

Se realiza cuando se produce algún acto o intento de acción sexual sin consentimiento del actor, o la realización y/o difusión de fotografías inadecuadas, o lesiones en órganos genitales aunque estas últimas algunos estudios las consideran como maltratos físicos. Están en un nivel de prevalencia inferior a las anteriores.

Otro significativo subtipo del maltrato “no físico” es **la negligencia**. Se define como aquella acción u omisión consistente en no proporcionar a la persona mayor aquellos elementos que constituyen sus necesidades básicas: alimentos, higiene o vestido, cuidados de la salud, confort y seguridad, afectividad y requerimientos sociales o financieros. Constituye rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado del mayor, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada).

Es uno de los tipos más frecuentes, y consiste en la dejadez, intencional (activo) o no intencional (pasivo) de las obligaciones sobre la aportación de elementos básicos y esenciales para la vida de la persona cuidada (alimentación, higiene, vestido, seguridad, aportación de tratamientos, etc.). Puede haber evidencias de sospecha en ciertos casos en que detectemos desnutrición, deshidratación, suciedad, vestido inadecuado, etc. y complejas consecuencias como apatías, miedos, depresiones, y que podrían asociarse a problemas afectivos y de autoestima, e incluso problemas psicosomáticos.

El cuidador, intencionalmente o por descuido (no deliberado), no proporciona al anciano el cuidado o la supervisión necesarios y le expone a un cierto riesgo de daños físicos, mentales o emocionales que incluyen: falta de supervisión; condiciones de habitabilidad peligrosas; nutrición inadecuada; higiene inadecuada; cuidados médicos inadecuados.

La gravedad de este maltrato radica en que generalmente se ejerce en personas con un alto nivel de dependencia por razones de enfermedad (sea física o psíquica). Su situación supone un grado de discapacidad tal que requiere de terceros para atender incluso a las necesidades más básicas.

Tratándose nuevamente de conceptos indeterminados tenderemos que resolver eso de las “necesidades más básicas”. Y nos confrontamos con la pregunta esencial: ¿Cuáles son las necesidades que estimamos deben facilitarse a las personas que no pueden hacerlo por sí mismas para considerar que su vida reúne los requisitos de dignidad que son propios de los seres humanos?

Una descripción esquemática vamos a obtenerla a través de la denominada “Pirámide de Maslow”, que nos propone la propia autora Blanca Morera.

Abraham H. Maslow²⁷ (1954) elaboró la teoría de la jerarquía de las necesidades básicas y aunque sus destinatarios no eran las personas mayores, en este trabajo la asumimos a título orientativo partiendo del supuesto de que todos los individuos tienen cinco necesidades básicas que desean satisfacer y que son, por estratos o escalones:

Escalón 1º.- Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, descanso...)

Escalón 2º.- Necesidades de protección o seguridad (protección ante el daño probable, aceptación social, amor, amistad, pertenencia a grupo/familia y el afecto recibido), contra el peligro y las amenazas.

Escalón 3º.- Sociales, de pertenencia a grupos o asociaciones, de relación e interacción social, de amistad, de amor.

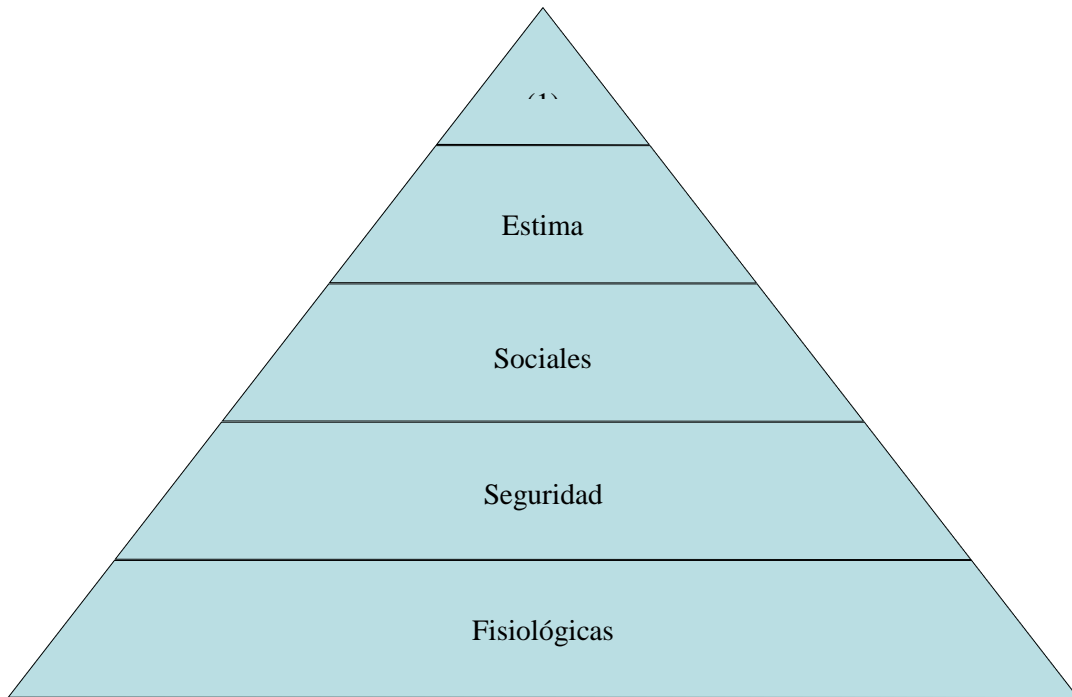
Escalón 4º.- Necesidades de autoestima (autonomía, éxito, prestigio, respeto y admiración por otros).

Escalón 5º.- Necesidades de autorrealización (proyección personal). Autodesarrollo del propio potencial, de perfección personal.

Estos cinco tipos de necesidades están ordenados jerárquicamente en pirámide, según su importancia. Así las necesidades inferiores serían las fisiológicas y las más elevadas, las de autodesarrollo. Por ejemplo, si una persona mayor - en nuestro caso- no tiene satisfechas sus necesidades alimenticias, es improbable que intente satisfacer sus necesidades de consideración y estima.

²⁷ Psicólogo estadounidense conocido como uno de los fundadores y principales exponentes de la psicología humanista (1908-1970).

1) Autorrealización



La lectura es muy sencilla: Las necesidades básicas se enuncian desde lo más urgente (respirar, sentarse, beber, comer, dormir, cobijo, ropa...) El ser humano no parará hasta ver satisfechas estas necesidades. A partir de este momento, surge un segundo nivel de necesidades, las de seguridad (casa, trabajo, seguridad jurídica) necesidades de seguridad social-hambre, violencia. Cubierto este nivel, alcanzamos el tercero, el de las necesidades de aceptación social (casa-vivienda en un barrio concreto, un trabajo determinado); sentimientos de pertenencia, de sentirse amado, apreciado, amistad. Cuando parece que todo está en su sitio, descubrimos otro nivel, el cuarto, el de la autoestima y el reconocimiento, (ser alguien en el trabajo, que se sepa lo mucho que conocemos sobre un tema, mostrar una habilidad especial) necesidad de sentirse individual dentro del grupo y que este grupo reconozca esta singularidad: fama, respeto, gloria. Sólo entonces, llegamos al quinto nivel, el más alto, el de la autorrealización, en el que se consigue poder desarrollar las mejores potencialidades, el hacer aquello para lo que uno ha nacido.

Según Maslow, cuando una de estas necesidades se encuentra razonablemente satisfecha en un individuo comienzan a predominar en su conducta las necesidades del nivel inmediatamente superior. Por esto, una necesidad satisfecha no es motivadora del comportamiento; por ejemplo, la necesidad de alimento no tiene efecto motivador apreciable sobre la conducta hasta que el alimento falta.

Por otra parte, en nuestra sociedad la mayoría de las personas tienen parcialmente satisfechas cada una de estas necesidades, aunque las inferiores suelen quedar más satisfechas que las superiores. Así, el ciudadano medio satisface sus necesidades fisiológicas en un 85%; las de protección en un 70%; en un 50%, las sociales; las de consideración y estima, en un 40% y en un 10%, las de autodesarrollo.

La estructura tiene el problema de que no resuelve dónde está el corte entre las necesidades a satisfacer interpersonalmente o desde el propio sujeto, por lo que, desde una perspectiva moral, la sociedad tendrá que plantearse estos interrogantes:

¿Cuáles son las obligaciones morales ineludibles que una sociedad contrae con los sujetos dependientes que forman parte de ella?

¿Hasta dónde hay que llegar y quién tiene la responsabilidad de responder a esas necesidades?

¿La obligación interpersonal debe limitarse a las necesidades más básicas o debe alcanzar todos los niveles posibles?

Puesto que los niveles de la base son totalmente ineludibles y constituyen la esencia de la dignidad humana, la deliberación afectará exclusivamente a los más próximos a la cúspide.

Es difícil detectar la negligencia en el trato a los mayores de modo directo, por lo que precisa recurrir a indicios o signos de sospecha²⁸, como pueden ser:

Existencia de problemas reiterados de salud e higiene e inexplicables. (Escaras, deshidratación, desnutrición).

Uso de ropa inadecuada para el contexto o para las condiciones físicas.

La evidente inatención a problemas solubles por no haber solicitado recursos auxiliares disponibles y accesibles. La sobremedicación.

La falta de cumplimiento de las prescripciones o insuficiencia en la supervisión del personal sanitario.

²⁸ Estos indicios se tratan en el apartado de este trabajo relacionado con la “Detección de los malos tratos”

La ubicación de la persona mayor en un medio deteriorado (suciedad, falta de agua o calefacción, ausencia de útiles imprescindibles).

Junto a la negligencia hay que hablar del **abandono**. Se trata de un término muy relacionado con el anterior, hasta el punto de que muchos autores no diferencian entre ambos. Aquellos que los diferencian, suelen referirse al abandono cuando existe un distanciamiento físico por parte del cuidador, que implica la inatención. Este fenómeno puede producirse en el propio domicilio del mayor cuando no se le visita ni se le atiende o en instituciones donde es alojado.

Se dice que “La dejadez en los cuidados, tanto por parte de las instituciones como de la familia y la privación de su autonomía son los principales problemas.” Hay realidades que si no se habla de ellas, parece que no existen. Esto ocurre con los malos tratos a personas mayores. Para detectarlos, hay que funcionar con un alto nivel de sospecha. Nadie diagnostica aquello en lo que no piensa.

Pueden existir malos tratos por acción y por omisión y se dan tanto en el ámbito sanitario como en la familia o en las propias instituciones y desde el punto de vista de la conducta del agente maltratador, suele diferenciarse entre abandono activo y abandono pasivo. El abandono activo supone situaciones en las que las necesidades del anciano son desconocidas o no son resueltas adecuadamente, mientras que el abandono pasivo supone un daño deliberado al bienestar del anciano al limitarle o negarle el acceso a las necesidades básicas. Ejemplos: No aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, administración de medicamentos, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, consentimiento de soledad durante largos períodos, expresión de desafecto, etc.. Al menos, de forma coloquial, la tendencia es a hablar de negligencia cuando el fallo se produce en los cuidados que debería proporcionar un profesional, y de abandono cuando es el cuidador familiar el que no cumple con la responsabilidad de cuidado.

Y relacionado con el anterior, se habla de **autoabandono** cuando la persona mayor realiza conductas que amenazan su seguridad o su integridad psicofísica, o rechaza medidas que velan por su salud, cuidado o seguridad.

Se trata de una categoría de reciente incorporación. Se refiere a las situaciones en las que una persona anciana, que vive sola, no mantiene adecuadas condiciones de vida y/ o no mantiene un cuidado adecuado de su salud mental o física.

Partiendo de la presunción de que toda persona mayor, mientras que no se demuestre lo contrario, es competente para tomar decisiones sobre su propio proyecto vital, no cabe la utilización de este término. Si bien la presencia de malos tratos puede generar miedos que limiten la libertad de elección, la capacidad y la voluntad de tomar decisiones no tienen porqué quedar necesariamente anuladas.

Suele relacionarse con la existencia de otras formas de abuso o con la concurrencia de trastornos psíquicos, frecuentemente la depresión.

Abandono y **autoabandono** suelen dar lugar a los mismos signos físicos y ambientales que se describen para la negligencia, mientras que en el ámbito psíquico suelen derivar en conductas de tipo inhibitorio, como aislamiento, anergia²⁹, apatía, depresión, inhibición motriz, etc. (Blanca Morera, 2006:33).

La Geriatria y la Gerontología existen para solventar los problemas detectados en el ámbito del maltrato a las personas de edad, debiendo diferenciar entre:

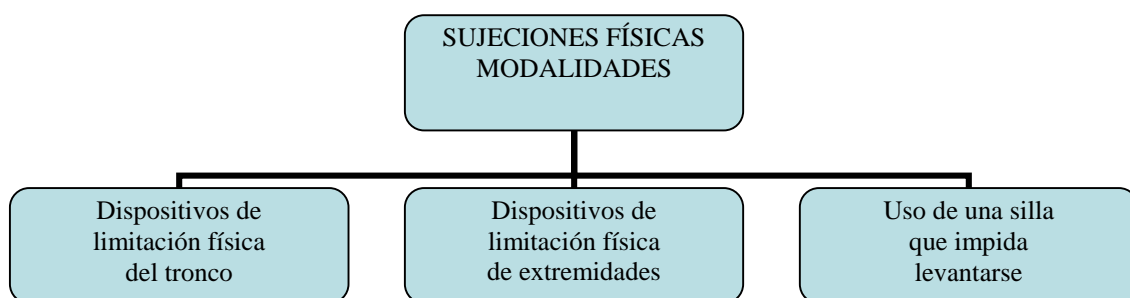
Negligencia, que consiste en no ofrecer los cuidados que se deberían realizar, y Maltrato, que es hacer daño queriendo, algo menos frecuente en España.

La **obstinación diagnóstica** consiste en la realización de pruebas diagnósticas para aumentar el conocimiento sobre la patología o situación clínica de un paciente, sin que se prevea que vaya a tener una posterior traducción en beneficios reales para el mismo. Por su parte, la obstinación terapéutica se considera a la utilización de medios desproporcionados para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal.

Consideración especial merece el capítulo de **contenciones**, tanto físicas como químicas: contención física se considera el empleo de cualquier método, aplicado a una persona, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo.

Se considera **sujeción física** cualquier método manual o dispositivo material o equipo mecánico o físico unido o adyacente al cuerpo del residente que dicho residente no sea capaz de remover con facilidad y que limite su libertad de movimientos o el acceso normal a su propio cuerpo.

²⁹ La anergia es la incapacidad de los linfocitos de reaccionar ante la presencia de un antígeno. Es un trastorno de la inmunidad celular.



En datos manejados en Europa obtenemos cifras que van de un 2,5 % en Dinamarca a un 36,9 % en España, con intermedias de 15,2 % en Suecia, 16,6 % en Italia, o 17,1 % en Francia. Diversos estudios realizados en centros de cuidados prolongados de España demuestran que entre un 27% y un 60% de los residentes están sometidos a algún dispositivo de limitación física. Este dato resulta bastante negativo puesto que entre los efectos negativos del uso de estos dispositivos se cuentan la disminución del nivel funcional físico de los residentes (por ejemplo su capacidad de deambulación) y su estado muscular, aparición de rigideces, aumento de la incidencia de infecciones y desarrollo de úlceras por presión, delirium, agitación e incontinencia. Además, se ha demostrado que en algunos casos estos dispositivos incrementan la incidencia de caídas y otros accidentes (por ejemplo estrangulamiento).

Finalmente, los residentes sometidos a algún dispositivo de limitación física se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. En efecto, el uso de estos dispositivos se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir, lograr el máximo nivel de independencia, capacidad funcional y calidad de vida. Por tanto, el objetivo de eliminar o reducir al mínimo el uso de sujeciones se ha convertido en una clave de la práctica clínica. La razón fundamental que apoya el uso de sujeciones consiste en proteger al residente de caídas y accidentes. En los centros preocupan también las posibles reclamaciones judiciales que podrían resultar de las caídas de sus residentes.

Otras razones aducidas para defender el uso de estos dispositivos de limitación física hacen referencia a su uso como elemento de apoyo postural o de colocación de los residentes, para facilitar el tratamiento (por ejemplo impidiendo que los residentes tiren de las vías i.v. o sondas NG) y su utilidad en el tratamiento de ciertos comportamientos, como la agresividad física o el comportamiento errante.

La experiencia de muchos profesionales sanitarios sugiere que con frecuencia pueden alcanzarse los objetivos del centro sin recurrir a dispositivos de limitación física, evitando así sus efectos colaterales negativos. En parte, para ello es preciso identificar y tratar problemas psicosociales, funcionales y sanitarios que pueden ser responsables de la situación por la que se ordenó el uso de un dispositivo de limitación física (por ejemplo caídas, comportamiento errante, agitación). Para reducir al mínimo el uso de estos dispositivos es preciso también emprender alternativas en el tratamiento de los residentes, como son: modificar el entorno para hacerlo más seguro; mantener la rutina habitual de cada individuo; utilizar métodos menos invasivos de administrar medicamentos y alimentación y reconocer y responder a las necesidades del residente con respecto a apoyo psicosocial, cuidados sanitarios, actividades y ejercicio regular.

Su práctica debe limitarse al máximo, si se puede a cero, y como excepción solamente en casos de riesgo para la vida de la persona si no hubiere otra forma, y siempre bajo la prescripción del equipo interdisciplinario y de acuerdo con la familia. Sus consecuencias pudieran ser úlceras de presión, incontinencias, miedos, vergüenzas, agresividad o agitación, y otro largo etcétera³⁰.

La **contención química** o farmacológica consiste en el uso inadecuado de drogas psicotrópicas, sedantes o tranquilizantes, para colocar a la persona mayor en una situación de pasividad que facilite la labor de quienes tienen la obligación de cuidarle.

A la relación estudiada deben ser añadidas **otras tipologías de maltrato** que algunos estudios las incluyen en las ya citadas, pero que dada su trascendencia, peculiaridad y especial tipificación, citamos ahora:

Difícilmente se describe una modalidad de maltrato que se presente aislada contra persona mayor, sino que más bien, se asocia diversas modalidades por lo que denominamos **multimaltrato** al reiterado maltrato sobre una sola persona (sobre un 30%) en diferentes modalidades.

Aunque carente de relevancia e incardinación penal, la doctrina considera incluido dentro del maltrato a mayores o ancianos una modalidad de conductas cuya incidencia es difícilmente constatable encuadrada en un determinado tipo, pero cuya existencia es real y produce sufrimiento en las personas mayores en base a su especial vulnerabilidad. Se trata del denominado **maltrato difuso**, caracterizado por:

³⁰ Programa “Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer”. CEOMA

Situaciones de maltrato administrativo con trámites farragosos y llenos de dificultad para una persona mayor; barreras arquitectónicas (trabas peatonales)³¹; engaños publicitarios, con especial efecto e incidencia con respecto a las personas mayores, dadas sus especiales condiciones psíquicas; y la discriminación por la edad, por el simple hecho de ser mayor, lo que se ha dado en llamar, edadismo.

El **edadismo** consiste en la presencia de estereotipos y actitudes negativas y/o la discriminación de una persona en función de su edad, pudiendo favorecer la realización de prácticas discriminatorias por parte de la sociedad, e incluso más trascendental si es por parte de profesionales, especialmente si están dedicados al ejercicio de la geriatría o de la gerontología.

Al hablar de la relevancia social y de los prejuicios con que se aborda la problemática de las personas ancianas, no puede dejar de tomarse en consideración este fenómeno cuya denominación – traducción del inglés ageism - se debe al gerontólogo estadounidense Robert Butler (1987) citado por Bazo, M^a.T. (2005:228), pero desde Europa se ha seguido trabajando en el análisis de los prejuicios con que se contempla a las personas ancianas. El edadismo se define como un proceso por medio del cual se estereotipa de forma sistemática a, y en contra de, las personas por el hecho de ser viejas, del mismo modo que se hace con el racismo o con el sexismo, en cuyos casos es debido al color de la piel o al género. (Jonson y Bytheway, 1993 en Bazo, M^a.T., 2005: 228). Puede ser observado en la vida diaria entre distintos individuos, así como en las mismas instituciones, e implica tanto la actitud ofensiva hacia las personas mayores, como la actitud paternalista. Otras veces no se percibe, pero subyace en los sentimientos de los individuos condicionados por presiones culturales, sociales y, sobre todo, de índole económica. Como ocurre con el estatus y el prestigio, también varía la concepción de edadismo según se trate de mujeres o de varones, en detrimento de las mujeres a las que afectan en mayor grado los estereotipos sexuales y de sobrevaloración del cuerpo femenino. Se odia a la vejez y se le teme, lo cual sigue alimentando el edadismo, lo que no ocurre por igual según razas o culturas.

Por su parte, en las culturas orientales, los valores del confucionismo ponen el énfasis en los deberes de los padres de criar y atender a sus hijos, y de éstos en observar una piedad filial con los padres e, incluso, mostrar obediencia absoluta.

³¹ Las barreras arquitectónicas se incorporan a los problemas tratados como accesibilidad.

Los procesos de modernización llevados a cabo en casi todas las sociedades actuales han producido cambios en cuanto a lo que se entiende que es la responsabilidad de la familia hacia las personas ancianas. (Bazo, M^a.T., 2005: 230).

Bytheway y Johnson (Bytheway, 1995: 14 citado por Bazo, M^a.T., 2003:22) formulan la siguiente definición: “Edadismo es un conjunto de creencias que se originan sobre la base de las variaciones biológicas entre las personas, y que tienen que ver con el proceso de envejecimiento. Se manifiesta en las actuaciones de las instituciones – en lo que sus representantes dicen y hacen-, así como en las percepciones resultantes que comparten las personas mayores”. Se entiende pues que el edadismo crea y refuerza el miedo a la denigración hacia el proceso de envejecimiento, así como prejuicios estereotipadores sobre la competencia y la necesidad de protección.

Legitima también el uso de la edad cronológica para clasificar a las personas, a las cuales se les niega sistemáticamente los recursos y oportunidades de los que otras disfrutan, y que sufren las consecuencias de esa denigración, sea bajo la forma de protección como en claro vilipendio.

Aitken y Griffin, (1996: 56, en Bazo, M^a.T., 2003: 23) consideran que el **edadismo** es una de las formas de discriminación más insidiosas en las sociedades occidentales que se asocia con las formas en las que el poder se expresa y representa en nuestra cultura. Como otras formas de discriminación, el edadismo también afecta con mayor virulencia a la mujer, en líneas generales.

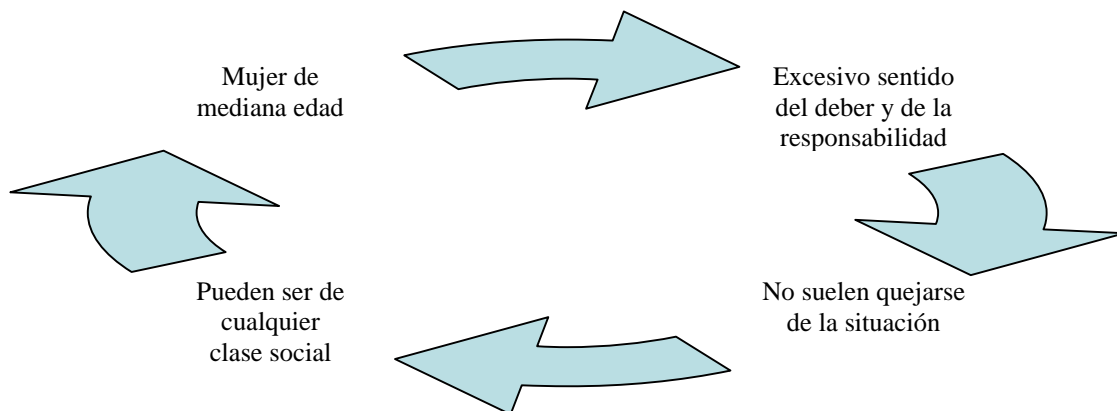
No es raro asociar a los mayores con enfermedad, inactividad, carga económica y/o social, asexualidad, etc., pudiendo llegar a desatenciones o sencillamente atenciones menos cuidadosas cuando el requerimiento es por molestias o patologías de este tipo de paciente.

El **síndrome de la abuela esclava** es el nombre dado por el profesor Antonio Guijarro a "un cuadro clínico patológico muy frecuente, grave, potencialmente mortal y que afecta a amas de casa en ejercicio activo". Se trata de una enfermedad grave que afecta a mujeres mayores con exceso de responsabilidades directas de ama de casa, cuidadora y educadora, funciones asumidas voluntariamente y con agrado durante muchos años, y que se caracteriza por el elevado grado de sufrimiento crónico que provoca, con gran deterioro en la calidad de vida de la víctima.

Aunque todavía no existen datos exactos, ya que las investigaciones son muy recientes, se trata, según Guijarro, de "una auténtica pandemia" que sufren miles de mujeres de edad avanzada con excesivas responsabilidades familiares.

Estamos frente a un problema con un difícil diagnóstico, debido a que la paciente suele negar que está sometida a estrés por razones familiares o culturales, aunque sabe que tiene demasiadas responsabilidades cree que puede con todo y piensa que su malestar se debe a otra cosa. Por su parte, la familia se mantiene ajena a esta situación (no quieren ver la realidad), consideran que la única culpable es la abuela, que se niega a delegar responsabilidades, e incluso que la abuela se ha vuelto desinteresada y distraída.

El perfil psicológico y social de las mujeres que padecen o pueden padecer este síndrome se caracteriza por estos rasgos:



El tratamiento de esta enfermedad consiste en; liberar a la abuela de cargas, respetar realmente sus decisiones e iniciativas, respetando activamente su intimidad y buscando el equilibrio entre sus capacidades y responsabilidades bajo el prisma del cariño y comprensión familiar, ayudando a estas mujeres a reconocer sus límites, tanto físicos como emocionales.

Aunque no está recogido por el Profesor Guijarro, el fenómeno descrito puede ser perfectamente extrapolable al género masculino, de tal modo que es muy frecuente encontrar abuelos en situaciones muy similares a las que configuran el tipo de síndrome para las mujeres, y mucho más proliferante en tiempos de crisis económica como la que se sufre actualmente generalizada.

La especial vulnerabilidad de las personas mayores genera en sus conciencias una especie de artificial dependencia a asumir las cargas familiares y las obligaciones ajenas que, por otra parte, benefician a los hijos, cuyo convencimiento de la actitud espontánea y generosa de los abuelos les hace considerar como más lógico el beneficioso panorama.

El **síndrome de Diógenes** es una conducta de aislamiento comunicacional con ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades básicas (como higiene, alimentación, cuidados de salud o vestido), reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica; se presenta habitualmente en personas solitarias, de modo que puede ser considerado como una forma de automaltrato³².

Aunque sólo sea de pasada y por su relación con el apartado que tratamos, haremos una breve referencia al síndrome de “Burn out”, con toda la sintomatología que trae asociada y que conduce, sin duda, a la negligencia profesional; hace que no se tenga el suficiente cuidado de las personas que requieren atención de los profesionales sanitarios, y esto es una agresión severa a su dignidad, y como consecuencia a sus derechos.

³² Francisco Gómez Alonso. Especialista en Geriátría. Principado de Asturias

4.2.- Tipificación del maltrato. Ejemplos y consecuencias

TIPO DE MALTRATO	CONDUCTAS TÍPICAS	CONSECUENCIAS
1.- FÍSICO	Golpes, quemaduras, tirar del pelo, alimentación forzada, abofetear, utilización injustificada de restricciones físicas, uso inapropiado de fármacos, etc.	Arañazos, heridas, contusiones, marcas, mordeduras, fracturas, luxaciones, pérdida de cabello, quemaduras.
2.- PSICOLÓGICO O EMOCIONAL	Amenazas (de daño físico, de institucionalización, etc.), insultos, burla, intimidación, humillaciones, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, tratamiento de silencio, aislamiento, desprecio de sus decisiones, ideas o creencias, etc.	Depresión, ansiedad, miedo, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, confusión, tristeza.
3.- VIOLACIÓN DERECHOS	Confinamiento en lugares cerrados o sin libre acceso, obstaculización de la libre deambulaci3n; violaci3n del secreto de las comunicaciones telef3nicas, postales, etc.	Sufrimientos, sentimientos de impotencia, presi3n psicol3gica, transgresi3n de la intimidad con el malestar derivado.
4.- EXPLOTACI3N FINANCIERA ABUSO ECON3MICO	Tomar sin permiso dinero, joyas, etc., falsificaci3n de firmas, forzar la firma de documentos, testamento o cualesquiera otros de contenido econ3mico; uso inadecuado de la tutela o curatela, ocupaci3n del domicilio, etc.	Empobrecimiento injusto de la v3ctima, sentimiento de enga3o, sentimientos de impotencia, deterioro de la autoestima, p3rdida de la confianza, verg3enza.
5.- ABUSO SEXUAL	Acoso sexual, tocamientos, obligar a la v3ctima a realizar actos sexuales al agresor, penetraci3n, violaci3n, exhibicionismo, realizaci3n de fotograf3as, etc.	Traumas en genitales, pechos, boca, zona anal; enfermedades de transmisi3n sexual, marcas de mordiscos, etc.
6.- NEGLIGENCIA	Privar de las necesidades b3sicas (alimentaci3n, higiene, calor, ropa adecuada al clima, asistencia sanitaria, etc., abandono, etc. Proporcionar dosis inadecuadas de medicaci3n (por exceso o por defecto) o una medicaci3n err3nea,	Malnutrici3n, deshidrataci3n, mala higiene corporal, hipotermia o hipertermia, 3lceras de dec3bito, agudizaci3n de enfermedades, etc.

Tipificación del maltrato. Ejemplos y consecuencias (II)

TIPO DE MALTRATO	CONDUCTAS TÍPICAS	CONSECUENCIAS
7.- ABANDONO	Omisión, por parte del cuidador, de conductas tendentes a satisfacer las necesidades básicas de la persona mayor	Descuido en el comer o en el vestir. Desnutrición. Sensación de tristeza y soledad
8.- AUTO-ABANDONO	Similar al abandono El agente es el mismo anciano	Similares a las producidas por el abandono
9.- OBSTINACIÓN DIAGNÓSTICA	Cirugía innecesaria. Emplear medios desproporcionados con el resultado a esperar	Sufrimiento indeseado e inútil para la víctima mayor
10.- OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA	Entubamientos sin resultado. Aplicaciones farmacológicas molestas	Prolongación del estado de sufrimiento de la víctima
11.- CONTENCIÓN FÍSICA	Sujeciones indebidas y no prescritas. Barreras al movimiento	Pérdida de libertad de movimientos y deambulación. Sufrimiento y baja autoestima
12.- CONTENCIÓN QUÍMICA	Aplicación de fármacos no prescritos o en dosis superiores, que afectan la consciencia	Disminución de la consciencia. Pérdida de la identidad personal

Otros tipos de maltrato. Ejemplos y consecuencias (III)

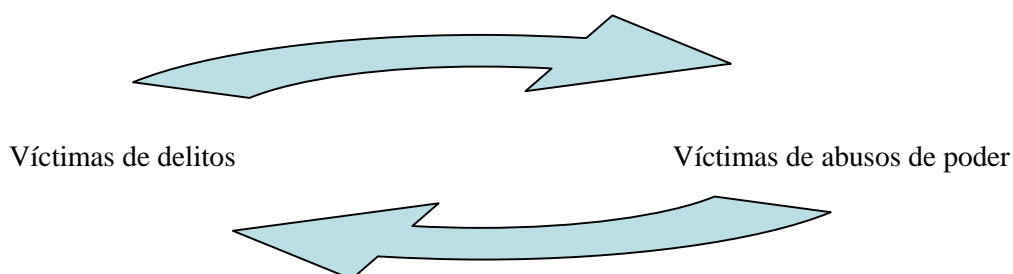
TIPO DE MALTRATO	CONDUCTAS TÍPICAS	CONSECUENCIAS
MULTI-MALTRATO	Diversas formas de maltrato aplicadas simultáneamente	Abatimiento y tristeza. Sentimiento de indefensión
EDADISMO	Discriminación exclusivamente por razón de la edad	Pérdida de autoestima. Sentimiento de injusticia
SÍNDROME DE LA ABUELA ESCLAVA	Sobrecargas físicas, psíquicas, sociales, económicas o todas juntas	Sufrimiento silencioso y negado. Agravamiento de otras patologías
SÍNDROME DE DIÓGENES	Abandono personal y afán de guardar todo lo que encuentra. Acumulación desperdicios domésticos	Aislamiento voluntario en el propio hogar. Acumulación de basuras. Falta de higiene

5.- APROXIMACIÓN CUANTITATIVA AL FENÓMENO. VICTIMIZACIÓN

Concebimos la Victimología como el estudio científico de la víctima, concebida como “todo aquel que sufre un daño por acción u omisión propia o ajena, o por causa fortuita”³³. Tratándose de un ser que sufre de una manera injusta, los dos rasgos característicos de la víctima son por lo tanto el sufrimiento y la injusticia³⁴. Desde el punto de vista puramente jurídico, una persona es victimizada cuando cualquiera de sus derechos ha sido violado por actos deliberados y "maliciosos". Así, víctima sería la persona sobre quien recae la acción criminal o sufre en sí misma, en sus bienes o en sus derechos, las consecuencias nocivas de dicha acción.

La Organización de las Naciones Unidas se preocupó por el problema del concepto de víctima, y tanto en el VI Congreso de Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente³⁵ como en las reuniones preparatorias del VII Congreso³⁶ se planteó que el término "víctima" puede indicar que la persona ha sufrido una pérdida o daño o lesión, sea en su persona propiamente dicha, su propiedad o sus derechos humanos, como resultado de una conducta que: a) constituya una violación a la legislación penal nacional; b) constituya un delito bajo el derecho internacional que suponga una violación a los principios sobre derechos humanos reconocidos internacionalmente; c) que de alguna forma implique un abuso de poder por parte de personas que ocupen posiciones de autoridad política o económica.

La víctima puede ser un individuo o colectividad, incluyendo grupos, clases o comunidades de individuos, corporaciones económicas o comerciales, y grupos u organizaciones políticas. En el VII Congreso, se estableció la previsión de agrupar a las víctimas en dos grandes grupos: las víctimas de delitos y las de abuso de poder.



³³ Rodríguez Manzanera, Luis. Victimología. Méjico, 1999

³⁴ En este contexto, lo injusto no significa exclusivamente lo ilegal.

³⁵ VI Congreso de Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Caracas, 1980.

³⁶ Reuniones preparatorias VII Congreso. Milán, 1985.

Por víctimas de delitos "se entenderá el conjunto de las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, víctimas de delitos incluidos lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales. En esta categoría, se considera víctima de un delito no sólo al que lo sufre directamente, sino que se incluye además: a) los familiares o dependientes inmediatos de la víctima directa y b) las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a víctima en peligro o para prevenir la victimización.

Víctimas del abuso de poder "se entenderán las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, incluidos lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que no lleguen a constituir violaciones del derecho penal nacional, pero violen normas internacionalmente reconocidas relativas a los derechos humanos.

Una persona es victimizada cuando cualquiera de sus derechos ha sido violado por actos deliberados y maliciosos. Así, víctima sería la persona sobre quien recae la acción criminal o sufre las consecuencias nocivas de dicha acción en sí o en sus derechos, existiendo personas que por determinadas características personales (edad, sexo, estado físico/psíquico) resultan más susceptibles al delito, lo que ocurre en nuestro caso con las personas mayores, a quienes nuestro Código Penal incorpora como personas especialmente vulnerables.

A los efectos de la delimitación de las actividades de la sociedad, se entiende por víctima todo aquel que haya sufrido personalmente, de modo directo o indirecto, las consecuencias de un hecho delictivo, haya sido declarada formalmente o no como tal la existencia del mismo por parte de un órgano jurisdiccional; y en esa misma línea de pensamiento, el Instituto de Victimología considera víctima a "toda persona afectada por un acontecimiento traumático, sea éste de la naturaleza u origen que sea. Asimismo es víctima aquella que sufre las consecuencias de una agresión aguda o crónica, intencionada o no, física o psicológica, por parte de otro ser humano. Este concepto amplio de víctima se encuentra al margen de los que establezcan la legislación positiva de un país o de una cultura concreta y se sustenta en la idea general del respeto y la intangibilidad de la persona" (Baca, E., Echeburúa, E., Tamarit, J.M. (coords.) Manual de Victimología. Tirant lo Blanc, 2006: 23).

En atención a lo expuesto, es frecuente comprobar cómo la persona mayor se convierte en víctima propicia de comportamientos inadecuados a las exigencias más primarias de atención, cuidado y protección. Las formas de ataque son múltiples, desde las más livianas hasta las que suponen actitudes conculcadoras de normas penales.

Rodríguez Manzanera (Victimología,1990:223)³⁷ encuentra tres factores decisivos para que el hecho de la victimización de los ancianos esté adquiriendo niveles críticos y se presente como un tema de profunda preocupación en la mayoría de los países, fundamentalmente en los más desarrollados: a) el cambio de actitud que las nuevas generaciones han desarrollado frente a los ancianos; b) el aumento de población de personas mayores; c) la actitud general de las personas mayores, que les hace más susceptibles de victimización.

Todas las tipologías estudiadas se producen con una frecuencia tal que la situación resulta cada vez más preocupante; agravada por la propia actitud de las personas mayores que por miedo, por amor a sus hijos o familiares o por negar su propia vulnerabilidad no denuncian o incluso niegan ser víctimas. En la dirección indicada, podemos diferenciar varias clases de victimación de personas mayores:

a) Primaria: Es la de nuestra más directa atención ahora, referida a ataques familiares o domésticos. Se victimiza a la persona mayor de forma individual, contra su persona. Los ataques más frecuentes se concentran en los daños graves, robos con violencia, hurtos, malos tratos, agresiones sexuales, etc.

b) Secundaria: Victimización por pertenecer a un grupo específico: jubilados, mujeres solas o viudas, enfermos o seniles.

c) Terciaria: Es la que comunitariamente se realiza sobre el grupo de personas mayores en general (Rodríguez Manzanera, 1990:223)³⁸.

El maltrato a las personas de edad fue detectado desde mediados de los años setenta, pero no es hasta la década siguiente, y en los Estados Unidos, cuando se institucionaliza el término de elder abuse³⁹.

Conviene una aproximación a datos numéricos que nos ofrezcan el alcance real de un fenómeno tapado por el ocultismo y la privacidad hasta hace pocas décadas pero que no deja de ser un hecho histórico y cultural.

³⁷ Citado por Morillas. Obra referenciada RECPC 02-r4 (2000).

³⁸ Existe actualmente un incremento registrado de los malos tratos de descendientes sobre ascendientes, fundamentalmente de hijos contra padres o madres.

³⁹ El maltrato de ancianos.

Existen cifras que detectan y/o sospechan malos tratos en persona mayores que se mueven entre 0,8 % a 52,6 %, aunque creemos que estas últimas no parecen muy reales, y sí lo serían más aquellas que se mueven entre el 1 % al 35 %. La mayoría de los estudios realizados lo han sido en el medio doméstico, siendo en los medios institucionales, ya sean sociales, sanitarios, o sociosanitarios, cifras muy poco conocidas. En la actualidad, muy pocos estudios pueden valorar con exactitud la incidencia del maltrato en nuestra sociedad. La mayoría coincide que los casos denunciados no superan el 10% de los reales, de ellos el seguimiento de los procedimientos judiciales abiertos nos indica que la investigación se limita al 50%, por lo que realmente hablamos del 5% de los casos reales, y de ellos sólo podremos acceder por medio de los estudios a los condenados que, además, quieran colaborar en este tipo de investigaciones, que no suelen ser muy numerosos, por lo que los trabajos centrados en los agresores con dificultad pueden llegar al 1% del total.

Con anterioridad a la reforma del Código Penal de 2015⁴⁰, la distinción entre delitos y faltas se realizaba teniendo en cuenta: 1) Las penas que se establecían; 2) Las consecuencias de la agresión, considerándose faltas las agresiones causantes de lesiones que no requerían objetivamente para su curación más de una primera asistencia facultativa, sin necesidad de seguir un tratamiento médico o quirúrgico; no considerándose tratamiento médico la simple vigilancia o seguimiento facultativo de la lesión⁴¹. Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre, se considera delito cualquier agresión desde la primera que se produzca, incluyendo no sólo las agresiones físicas, sino también las de carácter psíquico.

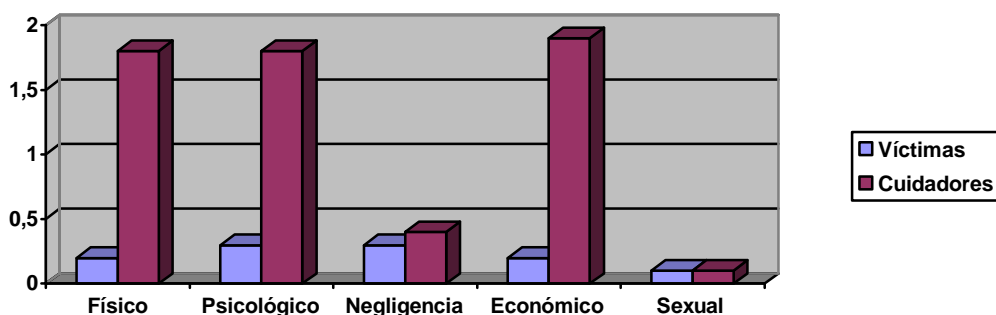
El Centro Reina Sofía de Valencia (Iborra Marmolejo, I. 2008 “Introducción al maltrato a personas mayores” en Tirant. Monografías, 732) llevó a cabo a escala nacional uno de los estudios más relevantes sobre prevalencia en el maltrato a personas mayores, mediante la extracción de una muestra de dos colectivos distintos: a) por un lado, 2.401 encuestas a personas mayores de 64 años; b) por otra parte, 789 encuestas a personas mayores de edad dedicadas al cuidado de ancianos que presentaban alguna dependencia (física o psíquica) con el dato de interés, entre otros, de que los cuidadores reconocen más abiertamente el maltrato que las personas mayores maltratadas.

⁴⁰ Leyes Orgánicas 1/2015 y 2/2015, de 30 de marzo.

⁴¹ Artículo 147.1 del Código Penal.

Según el estudio, el 0,8% de los ancianos se reconoce víctima de maltrato en 2005, lo que supone que a escala nacional cerca de 60.000 ancianos sufren maltrato cada año. Este porcentaje se duplica entre los ancianos dependientes y se cuadruplica entre las personas mayores que presentan una dependencia grave⁴². El 4,6% de los cuidadores reconoce haber maltratado al anciano a su cargo en alguna ocasión a lo largo de 2005.

Figura 21.- Distintos tipos de maltrato según víctima y cuidadores (Iborra, 2008)



Siguiendo la misma investigación constatamos que el 63,2% de las víctimas eran mujeres, que son a su vez las principales víctimas en maltrato psicológico, económico y sexual. Los porcentajes de maltrato físico son equivalentes para los dos sexos. Y en cuanto a la negligencia, casi 6 de cada diez víctimas son los hombres.

En cuanto a los maltratadores, la incidencia viene a ser de un 6,3% de los hombres y un 4,2% de las mujeres, que suelen ser responsables de los casos de negligencia mientras los hombres lo son del maltrato físico, del abuso sexual y de las formas más extremas (Pillemer y Finkelhor, 1988; Muñoz, 2004).

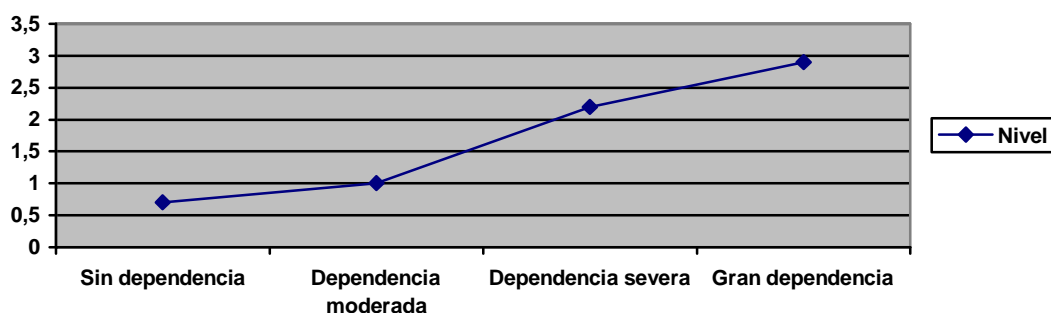
La edad es un evidente factor de riesgo, de modo que la prevalencia, según el estudio, aumenta del 0,6% de los ancianos entre 65 y 74 años, hasta el 1,1% de los que superan los 74 años, incrementándose el riesgo a partir de los 75 años (Elder Abuse, 2005; National Center on Elder Abuse, 1998; Iborra; 2008 y 2009a).

En relación con el nivel de dependencia de la víctima⁴³, la tasa de maltrato aumenta con el incremento de aquel, cuadruplicándose la tasa de maltrato en los ancianos que presentan gran dependencia (2,9%) con respecto al estado de personas mayores sin dependencia (0,7%).

⁴² Se considera dependencia grave la que requiere una ayuda de, al menos, cinco horas al día.

⁴³ Niveles de dependencia: 0) Sin grado. Dependencia ligera o autonomía; I) Dependencia moderada: necesidad de apoyo intermitente al menos una vez al día; II) Dependencia severa: necesidad de ayuda dos o tres veces al día; III) Gran dependencia: necesidad de apoyo generalizado para varias ABVD.

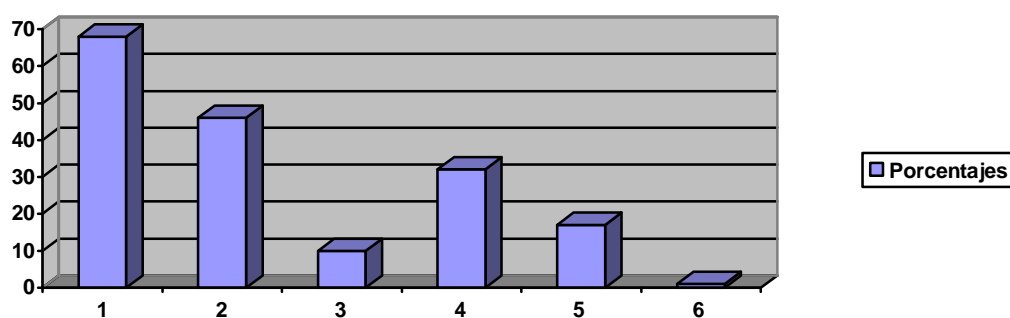
Tabla 22.- Niveles de dependencia en mayores



En línea semejante se desarrollan las investigaciones realizadas sobre este fenómeno por María Teresa Bazo, catedrática en Sociología de la Ancianidad de la Universidad del País Vasco, que constata que entre un 4% y un 5% de los españoles mayores de 65 años sufre algún tipo de violencia, e incluso hay especialistas que elevan este porcentaje al 8%. Pero la verdadera dimensión de este problema aún es desconocida debido, por un lado, a la dependencia y la vergüenza que impiden formular las denuncias y, por otro, la falta de conciencia sobre lo que significa el maltrato

Los datos son angustiosos: en el 68% de los casos se observó negligencia en el cuidado físico (1); en el 46% faltas en el cuidado afectivo (2) y en el 10% maltrato físico (3) . El maltrato psicológico-emocional se registró en el 32% de las situaciones (4), el material en el 17% (5) y el sexual en el 1% (6).

Figura 23.- Porcentajes de maltrato según tipología (M^a Teresa Bazo)



Las agresiones físicas que reciben las mujeres, el 11%, son el doble que las que sufren los varones (5%). El maltrato psicológico y emocional es muy superior entre las ancianas, con un 36%, frente al 15% de los varones mayores. También el denominado abuso material, como la intervención en las cuentas bancarias o la apropiación de objetos y propiedades, es cuatro veces superior en las mujeres al que padecen los hombres mayores.

Para Mercedes Tabueña, psicóloga especialista en mayores maltratados, según Consuelo Bautista⁴⁴, “escondido bajo una capa de negligencia, abuso de confianza en el plano económico o mediante pequeños desprecios como falta de atención, el maltrato a personas mayores, a los ancianos, ha ido creciendo sigilosamente en Cataluña en los últimos años. Con el silencio de las víctimas como cómplice y sin cifras oficiales del número de ancianos en situación de riesgo, los expertos alertan de un aumento importante del maltrato en este colectivo. Solo por casos de violencia doméstica, los Mossos atendieron a 716 víctimas mayores de 65 años en 2012, el 7,8% más que en 2011. En el primer trimestre de 2013, la policía catalana ya había certificado cerca de 250 situaciones de maltrato doméstico a 161 ancianos.

A falta de datos específicos sobre la situación general, las cifras facilitadas por los Mossos dan visibilidad tan solo una parte del problema y así, las cifras de las que se dispone han disparado las alarmas de los servicios sociales: En el año 2012, la policía catalana constató más de 1.100 actuaciones de maltrato sobre las 716 víctimas citadas, lo que da idea de la reincidencia de las situaciones de abuso sobre la figura, normalmente desvalida, del anciano. Sin embargo, ni todas las víctimas denuncian los hechos ni la mayoría de los procesos judiciales llegan a resolverse.

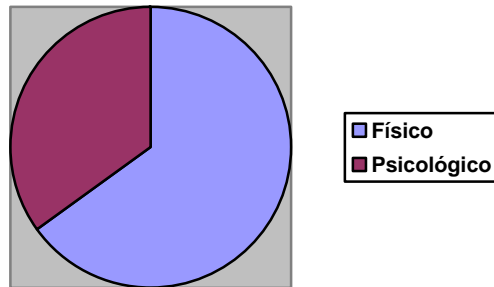
Según los trabajos de Manuela Rubio⁴⁵, en Avances sobre la situación de violencia, maltrato y abandono de los mayores en la actualidad⁴⁶ el maltrato de personas mayores es, en volumen, comparable al maltrato infantil. Manejando datos del maltrato de personas mayores registrado por el Ministerio del Interior (lo que significa que sólo analizamos la cima del iceberg), cabría decir que esta forma de violencia ha crecido entre 1997 y 2006 casi un 16% en España. En términos generales, se puede decir que algo más de 3 de cada 10.000 personas mayores de 65 años en España son maltratadas por algún familiar. Cuando la víctima es mujer (lo que ocurre en 7 de cada 10 casos), la prevalencia es mayor. En cifras absolutas se habla de 360.000 personas mayores que sufren algún tipo de malos tratos en España, y de éstos, el 65% sería maltrato físico y el 35% maltrato psicológico.

⁴⁴ Jessica Mouzo Quintáns. Diario El País. Cataluña, 21 julio 2013.

⁴⁵ Catedrática de Psicogerontología Directora Master/Experto y Doctorado Gerontología Social. Universidad de Granada.

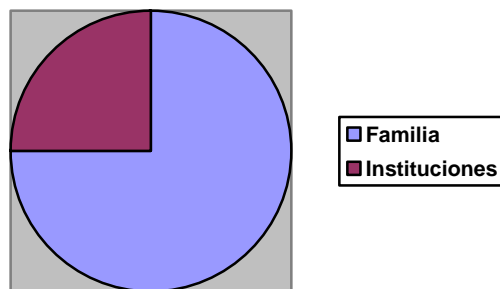
⁴⁶ En el 8º Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores organizado por CEOMA.

Figura 24.- Proporción de maltrato físico y psicológico



El maltrato a mayores es preocupante debido a su incremento, en la medida que el número de violencia física y psicológica va creciendo en este colectivo, tanto entre los mayores que se encuentran institucionalizados como entre los que viven en su propio medio familiar. En síntesis, los informes sobre malos tratos: a) Manejan las cifras de un 3 a un 10% aunque se sospecha que pueden llegar a un 12% en personas mayores de 65 años; b) Los autores de malos tratos serían los hijos en primer lugar (37%), los cónyuges (13%) y otros familiares (11%). c) Los estudios señalan que el maltrato se da en un 75% en la familia y en un 25% en instituciones.

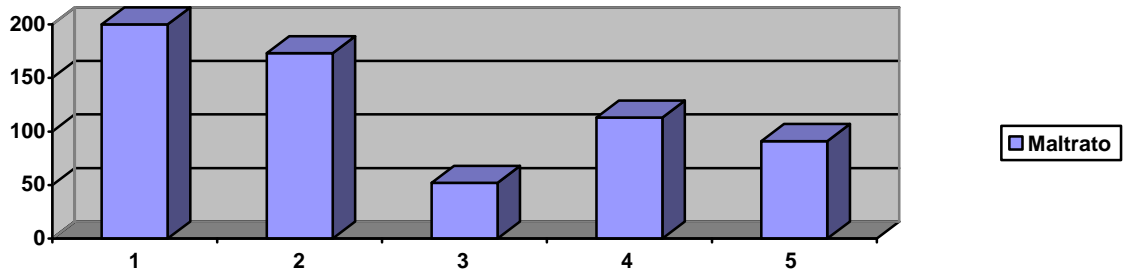
Figura 25.- El ámbito de maltrato familiar - institucional



Lo más importante es concienciar a nuestra sociedad de que la mayor parte de los abusos se dan en el ámbito familiar, de ahí que sea ese el primer lugar donde hay que concienciar a las personas de las necesidades especiales de los mayores, de los problemas derivados de discapacidades y enfermedades que potencian los factores de riesgo. Podemos hablar de un 4% de maltrato en mayores, de los cuales un 2,5% es de explotación material y un 1,4% de violencia verbal. (Pillemer K., Finkelhor D The Gerontologist, 1988, 28).

Para J. C. Caballero (2000)⁴⁷, puede hablarse en Estados Unidos de:
 20% de maltrato de la familia (1); 17,3% de maltrato en hospitales (2); 5,2%
 proveedores de servicios en el hogar (3); 11,3% policía (4); 9,1% de amigos (5).

Figura 26.- Modalidades de Maltrato según su origen



Y dentro de los distintos tipos de maltrato, tenemos: 48,7% por negligencia (1);
 35,4% por abuso psicológico (2); 30,2% por abuso económico (3); 25,6% por
 abusofísico (4); 3,6% por abandono (5); 0,3% por abuso sexual (6).

Figura 27.- Maltrato. Frecuencia por tipología

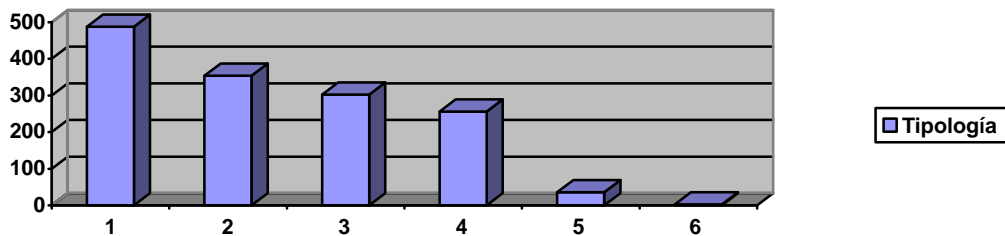
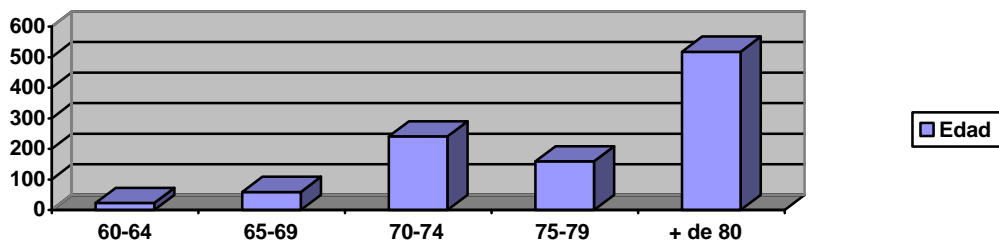


Figura 28.- Maltrato por negligencia según edad

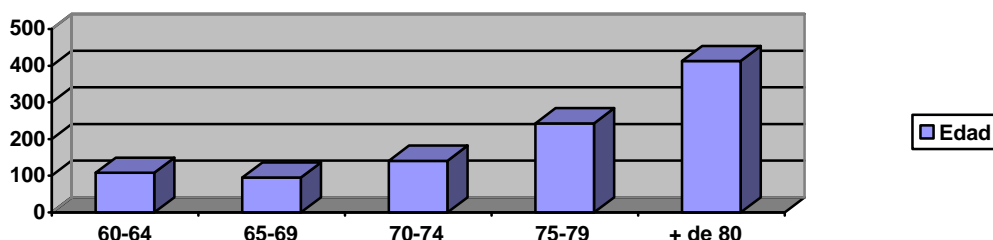


A su vez el maltrato por negligencia aumenta en función de la edad: 60-64 años:
 2,3%; 65-69 años: 5,9%; 70-74: 24,1%; 75-79 años: 15,9%; más de 80 años: 51,8%.

⁴⁷ Caballero J.C. (2000); Rev. Multidisciplinaria de Gerontología (10),2

También aumenta el maltrato psíquico con la edad: 60-64 años: 10,8%; 65-69: 9,5%; 70-74: 14,1%; 75-89: 24,3%; más de 80 años: 41,3%.

Figura 29.- Maltrato psicológico según edad



Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 4% y el 6% de los adultos son **víctimas de malos tratos en el mundo**, de los que el 80% se registra en los países desarrollados. A partir de los 80 años, las situaciones de maltrato se duplican siendo más acusadas en situaciones de dependencia. El maltrato más duro es ejercido por hombres (8 de cada 10), mientras que las víctimas (2 de cada 3) son mujeres⁴⁸.

Hasta 2002, los datos de ancianos maltratados lo eran sobre delitos y faltas de “Malos tratos en el ámbito familiar”, “Lesiones” y faltas de “Malos tratos de obra sin lesión”. A partir de 2002 y hasta la reforma del Código Penal de 2015, también se incluían otros tipos de delitos y faltas: contra la libertad e indemnidad sexual, las calumnias, las amenazas y los delitos de homicidio y asesinato.

Tabla 6.- Ancianos maltratados en la familia 2000 – 2003

	2000	2001	2002	2003	Incremento
Delitos	502	459	875	1.155	130'08%
Faltas	1.749	1.744	2.890	2.948	68'55%
TOTAL	2.251	2.203	3.765	4.103	82'27%

⁴⁸ La fuente en la que se basan los datos que ofrecemos ha sido tomada de documentos cuya procedencia es el Ministerio del Interior que ofrece datos del Cuerpo Nacional de Policía y de la Guardia Civil, pero no de la Policía Autónoma Vasca ni de los Mossos d'Esquadra. Hacen referencia a ancianos como personas de 65 años o más.

Tabla 7.- Incidencia de maltrato por sexo 2000 -2003

	2000	2001	2002	2003	Incremento
Hombre	808	765	1.405	1.565	93'69%
Mujer	1.443	1.438	2.360	2.538	75'88%
TOTAL	2.251	2.203	3.765	4.103	82'27%

Incidenca mayor en mujeres, pero crecimiento mayor entre los hombres

Tabla 8.- Evolución de la prevalencia x 1.000

	2000	2001	2002	2003	Incremento
Hombre	0'28	0'26	0'48	0'52	85'71
Mujer	0'37	0'36	0'58	0'62	67'57
Media	0'33	0'31	0'53	0'57	76'64

Tabla 9.- Incremento del maltrato en la pareja 2000-2003

	2000	2001	2002	2003	Incremento
Delitos	140	148	212	268	91'43%
Faltas	503	486	747	791	57'26%
TOTAL	643	634	959	1.059	64'70%
Sobre total	28'57%	28'78%	25'47%	25'81%	-9'66%

Tabla 10.- Ancianos maltratados por su pareja sobre el total 2000-2003

	2000	2001	2002	2003	Incremento
Hombre	133	132	222	246	84'96%
Mujer	510	502	737	813	59'41%
Hombre	16'46	17'25	15'80	15'72	
Mujer	35'34	34'91	31'23	32'03	
Prevalencia	0'095	0'092	0'137	0'149	56'84%
Hombre	0'047	0'046	0'076	0'082	74'47%
Mujer	0'129	0'125	0'182	0'198	53'49%

Tabla 11.- Ancianos asesinados en el ámbito familiar 2000-2003

	2000	2001	2002	2003	Incremento
	13	21	22	23	76'92%
Hombre	7	8	9	7	0%
Mujer	6	13	13	16	166'67%
Prevalencia	1'91	3'04	3'15	3'24	69'63%
Hombre	2'46	2'77	3'09	2'34	- 4'88%
Mujer	1'52	3'24	3'20	3'90	156'58%

Tabla 12.- Ancianos asesinados por su pareja 2000-2003

	2000	2001	2002	2003	Incremento
	5	5	10	6	20%
Hombre	1	1	2	0	- 100%
Mujer	4	4	8	6	50%
Hombre	14'29	12'50	22'22	0	
Mujer	66'67	30'77	61'54	37'50	
Total	38'16	23'81	45'45	26'09	
Evolución	0'74	0'72	1'43	0'85	14'86%
Hombre	0'35	0'35	0'69	0	
Mujer	1'01	1	1'97	1'46	

De los resultados obtenidos del primer estudio epidemiológico en Gran Bretaña llevado a cabo por Jim Ogg y Gerry Bennet en 1992 se estimó con un nivel de confianza del 95% que un millón de personas ancianas podrían estar sufriendo riesgo de abuso verbal, y otro medio millón, de abuso físico y económico.

Entre las personas adultas podrían ser hasta tres millones quienes infligieran maltrato verbal y medio millón podrían ser maltratadoras físicas.

En investigaciones llevadas a cabo en Alemania entre 160 personas empleadas en residencias de ancianos, el 68% había cometido, al menos, una acción abusiva contra algún residente en el año anterior. Además, un 70% había sido testigo de acciones de abuso o negligencia.

“En 1996, una encuesta nacional demostró que alrededor de 500.000 personas mayores fueron maltratadas o víctimas de negligencia en EE UU, sin contar el maltrato en las instituciones. De este número, solamente un 20% de los casos era denunciado; de lo que es fácil deducir que en EE UU y en muchos otros países, la mayoría de las personas mayores maltratadas sufren en silencio”.

Con estas palabras daba inicio el profesor James Santiago Grisolia, del Hospital Scripps-Mercy en San Diego (EE UU) a su conferencia en la VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Valencia, 2003.

En Estados Unidos se cita entre uno y dos millones de personas ancianas que pueden sufrir maltrato anualmente. Desde el punto de vista de la victimización y a pesar del anonimato que suele afectar a los fenómenos que terminamos de presentar, existen datos de conductas que son significativos y que destacamos aquí.

Al hilo de la investigación y paralelamente a los datos obtenidos, se observa que casi todas las personas suelen sufrir más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, por lo que si se sumaran esas cifras, el total superaría el número total de casos detectados.

Analizando los resultados porcentualmente, en todos los tipos de maltrato por género, hay más víctimas mujeres que varones, debido al mayor número de las mismas en la muestra analizada. Todas las personas estudiadas, sean varones o mujeres, sufren más negligencia, ya sea en el cuidado físico y psicoafectivo que propiamente malos tratos.

El maltrato físico entre las mujeres representa una proporción del doble de casos (11%) que entre los varones (5%); el maltrato psicológico y emocional se da entre las mujeres en una proporción de más del doble que entre los varones (36% y 15% respectivamente); el abuso económico es, entre ellas, cuatro veces el de los varones (20% y 5% respectivamente); la proporción de los varones que sufren desatención física o psicológica es algo mayor que entre las mujeres.

El riesgo de sufrir malos tratos físicos, psicológicos, abuso material o sexual es notablemente mayor entre mujeres que entre varones. También se han tenido en cuenta los tipos de dependencia y su posible relación con las distintas formas de maltrato con una conclusión genérica al alza, (Bazo, M^a.T., 2003: 26) como deriva de la referencia al número total de casos registrados, según el tipo y el género de la víctima. (Bazo, M.T. 2001, Hurkoa Fund., 2006:53-54).

Se aprecia que son la negligencia y el cuidado psicoafectivo los fenómenos de mayor incidencia. También el maltrato psicológico-emocional con predominio sobre las mujeres, al igual que el maltrato físico y el abuso económico. Suele ser escaso el abuso sexual contra mujeres y prácticamente nulo contra los hombres.

Tabla 13.- Número total de casos de maltrato por tipo y por género

TIPO DE MALTRATO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Negligencia en cuidado físico	15	56	71
Negligencia en cuidado psicoafectivo	10	38	48
Maltrato físico	1	9	10
Maltrato psicológico-emocional	3	30	33
Abuso material	1	17	18
Abuso sexual	0	1	1

Tabla 14.- Porcentaje de personas mayores maltratadas por tipo y sexo

TIPO DE MALTRATO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Negligencia en cuidado físico	75%	67%	68%
Negligencia en cuidado psicoafectivo	50%	45%	46%
Maltrato físico	5%	11%	10%
Maltrato psicológico-emocional	15%	36%	32%
Abuso material	5%	20%	17%
Abuso sexual	0%	1%	1%

Fuente: Hurkoa Fundazioa, 2006: 54

De los datos registrados pueden extraerse algunas conclusiones. Por ejemplo: Todos los analizados (varones- hembras) sufren más negligencia, sea en el cuidado físico o psicoafectivo, que propiamente malos tratos.

El maltrato físico entre las mujeres, doble proporción que en varones. El psicológico y emocional, más del doble que entre hombres. El abuso material, cuatro veces superior en ellas que en ellos.

Y distintos resultados según el nivel de dependencia.

Todas las personas consultadas, sean varones o mujeres, sufren más negligencia, sea en el cuidado físico y psicoafectivo, que propiamente malos tratos. Sin embargo, el maltrato físico entre las mujeres representa una proporción del doble de casos (11%) que entre los varones (5%), como ya quedó apuntado.

El maltrato psicológico y emocional se da entre las mujeres en una proporción de más del doble que entre los varones (36% y 15%), como datos más relevantes.

5.1.- Cifras no conocidas: la denuncia

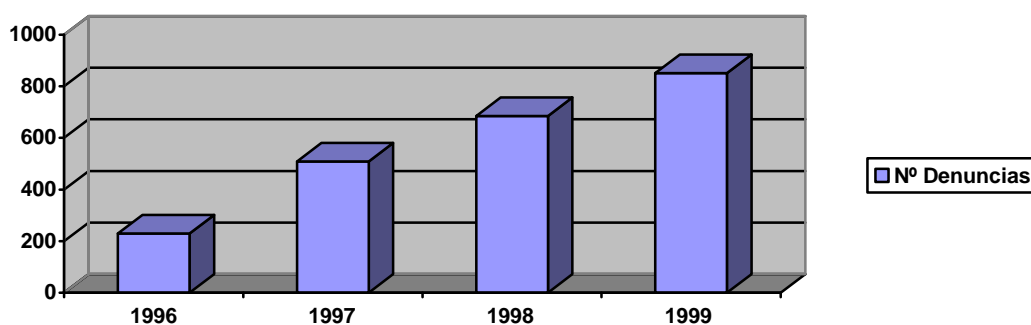
Para que cese la violencia (del tipo que sea) contra una persona (sea quien sea) es preciso que sea conocida ante todo por las autoridades de control social, sanitario y/o judicial. Cuando esta violencia está penalmente castigada será competente el juez penal. Pero para imponer la pena ligada a la correspondiente infracción y proceder a la reparación de la víctima, es necesario que la violencia sea seguidamente confirmada a través del desencadenamiento de la acción pública o por un tercero interesado (víctima, allegados, asociación de defensa de las víctimas) que se constituye en acusador civil.

Las denuncias en dicha dirección se producen sólo en casos extremos, aunque se han incrementado de manera importante en los últimos años, a pesar de que todavía la cifra negra es muy a tener en cuenta, porque pesa mucho en la mentalidad de las personas mayores denunciar a sus propios hijos aunque los estén maltratando. Suele ser la víctima de la infracción (o sus allegados) quien reclama a las autoridades competentes, actuación más problemática en el contexto de las victimizaciones contra mayores, ya que su vulnerabilidad puede impedir que comprendan lo sucedido, que expresen su sufrimiento o incluso simplemente su desplazamiento.

Según los datos de la Secretaría de Estado para la Seguridad, en el 90% de los casos de malos tratos, las personas mayores víctimas no presentan denuncia porque dependen tanto emocional como económicamente del maltratador.

No obstante lo dicho, el aumento es continuo: Según los datos del Ministerio del Interior, las denuncias presentadas desde 1996 hasta 1999 ascendieron al 270%. En 1996 el número de denuncias en las que los padres eran sujetos de malos tratos fue de 230. En 1997, la cifra se duplicó y llegó a 509. En 1998 ascendieron a 685 y en 1999 alcanzaron las 851.

Figura 30. - Incremento de denuncias entre 1996 y 1999



La mayoría se produjeron en Andalucía, 168; Madrid, 118; Cataluña, 108. La menor incidencia en Navarra, 4; La Rioja, 3 y Ceuta, 1.

Todos los fenómenos de violencia familiar comparten algunas dificultades en cuanto a su estudio que les hacen incrementar su dificultad de tratamiento y que por su relevancia sintetizamos: En primer lugar, aparece la negativa al reconocimiento, tanto por el agente como por el paciente: el cuidador simula no hacer objeto de maltrato a su víctima y ésta, por las razones más diversas (amor a los hijos, miedo, temor al ridículo) trata asimismo de ignorar su situación angustiosa.

Por otra parte, aparecen las dificultades de conceptualización que impregnan casi todos los conflictos de índole interpersonal en los que muchos aspectos son difícilmente determinables, como puede ser una mirada de desprecio, una insinuación o, sencillamente aislar mediante el silencio.

6.- ETIOLOGÍA DEL MALTRATO A MAYORES

La etiología es la ciencia que estudia las causas de las cosas. En medicina (patogénesis) se refiere al origen de la enfermedad. La palabra se usa en filosofía, biología, física, y psicología para referirse a las causas de los fenómenos. Al abordar la etiología en el ámbito de nuestro trabajo, en Criminología, vamos a tratar de efectuar una aproximación a las causas que pueden estar detrás del fenómeno del maltrato a las personas mayores, reflexionando previamente acerca de algunas teorías y modelos descriptivos existentes y abordando a continuación los principales factores de riesgo, como son el envejecimiento y la dependencia.

Por lo que respecta a la delimitación del concepto de maltrato contra personas mayores, hemos de partir previamente de dos de las diversas perspectivas teóricas opuestas que van a condicionarla:

1.- La que estima como factor de riesgo la dependencia de la persona anciana victimada por sus cuidadores, y

2.- La que considera que son las características de las personas que perpetran el maltrato las que proporcionan la clave para un mejor conocimiento del problema, sea la dependencia del maltratado u otros factores.

a) La primera perspectiva inspiró la definición de la Sociedad Británica de Geriátrica que a finales de los años ochenta del siglo pasado consideraba la víctima típica de malos tratos a una persona muy anciana, mujer, viviendo en casa con hijos adultos cuidadores, física y mentalmente discapacitada, con sobrepeso, inmóvil e incontinente, y con rasgos de personalidad negativos. (Bennett y Kingston, 1993:24 citado por Bazo, M^a T., Hurkoa, 2006:42). Actualmente se abre paso una idea contraria en virtud de la cual se entiende que el hecho de que una persona se encuentre en riesgo de sufrir maltrato es más bien debido a las características de quien lo perpetra.

b) Desde la segunda perspectiva se pone el énfasis en la caracterización del maltratador al que suelen asignarse determinados rasgos concretos tales como la dependencia económica del maltratado por parte del maltratador. Pillemer señala cómo se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa para esa dependencia económica, teniendo los maltratadores mucha más probabilidad de ser económicamente dependientes de la víctima, que los familiares de los casos donde no se daban malos tratos.

6.1.- Modelos descriptivos

Si bien no existe un consenso sobre las explicaciones teóricas de por qué existe el maltrato hacia las personas mayores (Penhale, Kingston, 1997), autores como Ansello (1996) consideran que “no parece que haya una sola explicación para cualquier forma de violencia doméstica, incluido el maltrato a mayores, y que diferentes teorías explican distintos aspectos de un problema complejo. La investigación sugiere que las explicaciones teóricas deben dirigirse no sólo a las características individuales de las posibles víctimas mayores y sus posibles responsables del maltrato, sino también al contexto general dentro del que ocurre el maltrato” (Kosberg y Nahmiash, 1996; Schiamberg y Gans, 2000).

Partiendo de esa base y asumiendo que la violencia es compleja y multidimensional, a continuación se presentan someramente algunas breves reseñas de las teorías más relevantes⁴⁹, previo su agrupamiento en tres bloques de contenidos bien diferenciados:

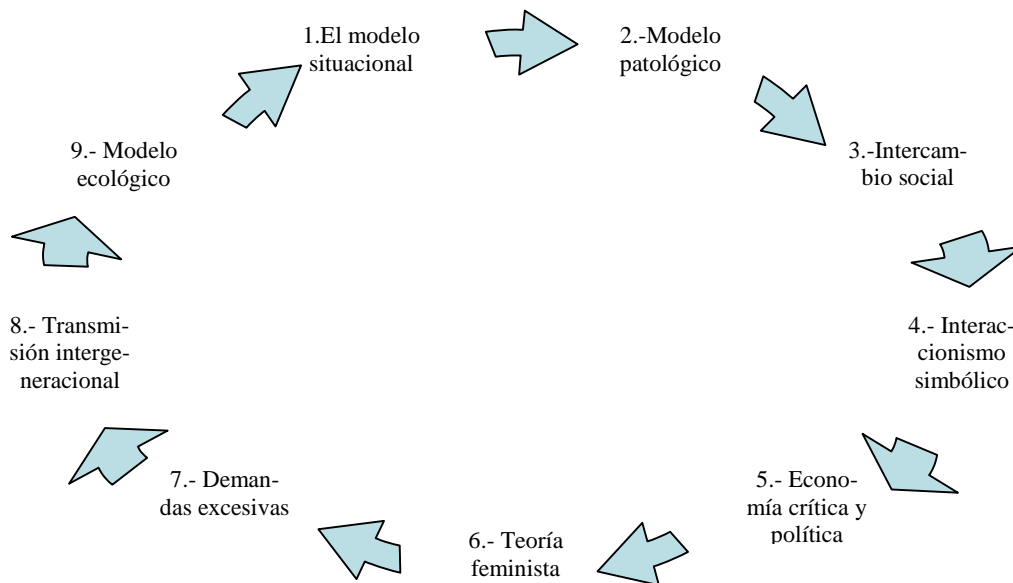


Las teorías de carácter **intra-individual** contemplan las causas de la violencia basadas en las características de las personas o en factores externos como los efectos del abuso del alcohol o las drogas, y de la psicopatología.

Las **sociopsicológicas** centran la atención en la interacción de la persona y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta.

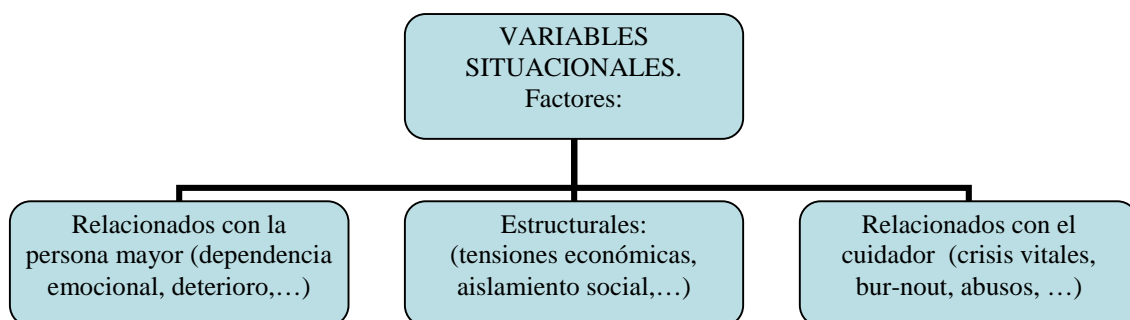
Las **teorías socioculturales** enfatizan la importancia de las estructuras sociales y las organizaciones institucionales en el desarrollo de la violencia.

⁴⁹ Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales. IMSERSO, 2007



La teoría del **modelo situacional** fue la primera elaborada para explicar el maltrato a mayores. Se asocia especialmente con el maltrato infantil y menos con otras formas de violencia intrafamiliar (Philips, 1986). La premisa básica de este modelo consiste en que el aumento del estrés, en el posible responsable del maltrato, asociado a ciertos factores situacionales y/ o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el maltrato hacia las personas mayores, percibidos como la fuente de estrés.

Las variables situaciones que han sido asociadas con el maltrato a personas mayores incluyen factores (Block y Sinnott, 1979; Lau y Kosberg, 1979; Philips, 1986).



La teoría del **modelo patológico** se centra en ciertas características presente en el responsable del maltrato - problemas psiquiátricos, abuso de sustancias- (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998) y parte de la base de que la disminución de la capacidad del cuidador para tolerancia a la frustración y para controlar su conducta está asociada a las acciones violentas y abusivas contra otras personas.

El **intercambio social** es una teoría basada en la idea de que una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre los individuos implicados que buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción (Philips, 1996; Schiamberg y Gans, 2000). Las recompensas incluyen la recepción de recursos (dinero, apoyos,...) y/o servicios, el intercambio de sentimientos positivos, etc., mientras que los castigos incluyen el intercambio de sentimientos negativos, la retirada de recursos y servicios así como el intercambio de conductas de castigo.

Otra posible explicación teórica desarrollada para explicar el fenómeno del maltrato a personas mayores es la denominada teoría del **interaccionismo simbólico** (Philips, 1986) desde cuyo punto de vista se asume que esta interacción es un proceso entre dos o más individuos que ocurre a lo largo del tiempo, se identifica en fases recurrentes y requiere negociación constante para establecer un consenso sobre el significado simbólico del encuentro. No se trata de responder a unas recompensas o castigos como en la teoría anterior, sino que aquí, los actores sociales tienen unas metas asumidas como válidas, al tiempo que atribuyen una serie de motivaciones a los demás en sus comportamientos y pueden corresponderse o no con los demás (Decalmer y Glendenning, 1993, 2000). Haciendo hincapié en el impacto de la sociedad sobre la vida de las personas mayores, marginados dentro de la sociedad, dentro del entorno familiar y fuera de él, se hallan las **perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política** del envejecimiento. Para esta línea de pensamiento muchos de los problemas de las personas mayores no son consecuencia de procesos biológicos o naturales, sino que reflejan las desigualdades sociales que limitan sus roles y sus recursos. Con el término “dependencia estructurada” se sugiere que los servicios sanitarios y sociales y las instituciones que gestionan las vidas de las personas mayores contribuyen a reforzar su dependencia y marginación.

La **teoría feminista** explica el maltrato en función del desequilibrio de poder dentro de las relaciones (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). El factor del estrés interno o del “cuidador agotado” se toma en consideración por la **teoría de las demandas excesivas** cuando afirma que el estrés de suministrar cuidado a una persona mayor aumenta el riesgo de que el cuidador se comporte de forma abusiva, (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002) criterio que ha ido adquiriendo bastante popularidad entre los profesionales de la salud mental, ya que facilita el diseño de estrategias de intervención sobre la base de “cuidar al cuidador”.

Otra hipótesis señala la importancia de la “violencia aprendida” y **la transmisión intergeneracional de violencia** dentro de las familias (Ansello, 1996; Quinn y Tomita, 1997; Gordon y Brill, 2001). Supone que el comportamiento violento es un método aprendido como medio para expresar la ira y la frustración (Wolf y Pillemer, 1989). En su virtud, algunas situaciones de maltrato podrían ser de pareja donde los individuos se han hecho mayores juntos pero en una misma línea de violencia que antes permanecía oculta y ahora sale a la luz la incrementarse los contactos con los diversos servicios sociales.

El **modelo ecológico** proporciona una interpretación de las relaciones intergeneracionales y deriva de dos marcos más amplios: el de la perspectiva ecológica humana (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1995); y el de la perspectiva del curso de la vida (Bengston y Allen, 1993; Schiamberg y Gans, 2000). La violencia, según el modelo, surge como resultado de factores individuales, interpersonales y sociales, criterio que permite que el maltrato se asocie a cuestiones sociales más amplias.

6.2.- Factores de riesgo: envejecimiento y dependencia

A) El envejecimiento como causa del maltrato

El problema de los malos tratos a las personas mayores existe en todas las sociedades, como ya hemos apuntado, y se encuentra doctrinalmente inmerso dentro del apartado de la violencia familiar que, como la violencia en general, se producen como resultado de la capacidad de los seres humanos para producir daño a otros, sea de forma voluntaria o involuntaria.

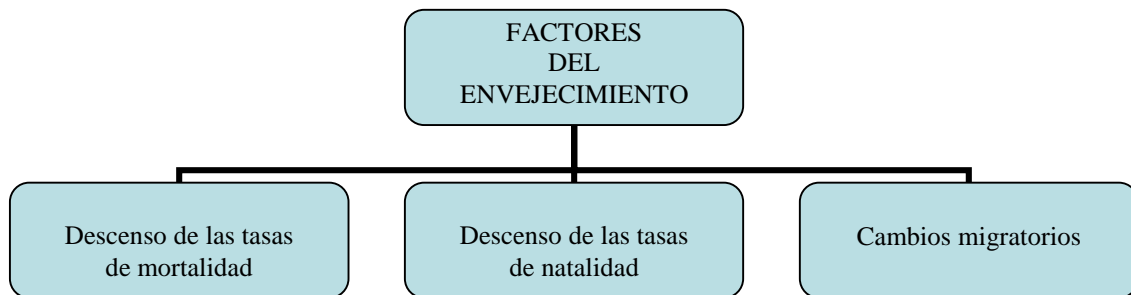
Cuando hablamos de las personas mayores en el contexto del presente trabajo estamos haciendo referencia a un grupo social cuyo crecimiento es espectacular en los últimos tiempos. Nuestra sociedad, como quedó dicho, está sufriendo un acelerado proceso de envejecimiento: en 1991, el 13'7% de la población tenía más de 65 años; entre el año 2000 y el 2010 este porcentaje aumentó al 15%, con una cifra de 6.200.000 personas⁵⁰. El envejecimiento de la población es un hecho sin precedentes, de tal modo que sólo las últimas generaciones han conseguido alcanzar una esperanza de vida tan alta como en el presente.

⁵⁰ Ministerio de Asuntos Sociales, 1990

Envejecer es un proceso de la vida cuyos resultados dependen de varios factores: el estado de salud, las condiciones económicas, la forma de vida, la tipología de hogar e, incluso, el nivel cultural y tecnológico de la persona en cuestión. No hay dos personas mayores iguales.

Estos individuos forman un colectivo muy diversificado que crece a pasos agigantados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, para mediados de este siglo, se habrá duplicado la cantidad de personas mayores de 60 años y, por primera vez en la historia, quienes rebasen los 65 años superarán en número a los niños menores de cinco años.

Como afirma M^a Teresa Bazo, una población envejece por tres factores: el descenso de las tasas de mortalidad – sobre todo la infantil –; el descenso de las tasas de natalidad; los cambios migratorios.



Los dos primeros son los más relevantes y los que han aflorado con mayor intensidad en las sociedades desarrolladas. Son una consecuencia del desarrollo económico y, por lo tanto, un logro social de carácter universal, dentro del mundo desarrollado.

El Instituto Nacional de Estadística ha publicado su Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013–2023⁵¹, con una serie de consideraciones de interés:

España perdería 2,6 millones de habitantes en los próximos 10 años si se mantienen las tendencias demográficas actuales. España perdería 2,6 millones de habitantes, un 5,6%. De esta forma, la población se reduciría a 44,1 millones en el año 2023. En caso de mantenerse las tendencias demográficas actuales, la población de España decrecería un 0,5% en 2013, continuando con la tendencia negativa iniciada en 2012.

⁵¹ “Proyección de la población de España a corto plazo”. Instituto Nacional de Estadística (INE) 22 de noviembre 2013.

A partir de 2017 el número de defunciones superaría por primera vez al de nacimientos. Todas las comunidades autónomas perderían población, salvo Canarias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Desde el punto de vista del crecimiento vegetativo de la población residente en España, el número de nacimientos seguiría reduciéndose en los próximos años, continuando con la tendencia iniciada en 2009. Así, entre 2013 y 2022 nacerían en torno a 3,9 millones de niños, un 17,1% menos que en la década pasada. En 10 años, la cifra anual de nacimientos habría descendido hasta 339.805, un 24,9% menos que en 2012.

Esta evolución se produciría aunque la proyección realizada contempla que la fecundidad de las mujeres mantenga una ligera tendencia favorable en los próximos años, que llevaría al número medio de hijos por mujer hasta los 1,41 en 2022, frente al 1,34 actual. El descenso de nacimientos vendría determinado por la reducción del número de mujeres en edad fértil, al encontrarse en esas edades aquellas generaciones de mujeres menos numerosas que nacieron durante la crisis de natalidad de finales de los 80 y de los años 90. De hecho, el número de mujeres entre 15 y 49 años se vería reducido en 1,9 millones (un 17,0%) en 10 años.

Por otro lado, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 81,8 años en los varones y los 87,0 en las mujeres en 2022, lo que supone una ganancia de 2,5 años y de 1,9 años respecto a los valores actuales, respectivamente. Al mismo tiempo, la esperanza de vida a los 65 años se incrementaría hasta los 20,2 en los varones y 24,1 en las mujeres en 2022. A pesar de la pérdida de población y la mayor esperanza de vida, el número de defunciones seguiría creciendo como consecuencia del envejecimiento poblacional.

Así, en el periodo 2013-2022 se llegarían a registrar casi 4,1 millones de defunciones, un 6,2% más que a las observadas entre 2003 y 2012. En el año 2022 se producirían 411.617 fallecimientos entre los residentes en España, frente a los 403.785 del año 2012. El descenso de la natalidad y el envejecimiento poblacional provocarían que en 2017 en España hubiera más defunciones que nacimientos, es decir, que el saldo vegetativo se hiciera negativo.

De acuerdo a las últimas informaciones disponibles, el flujo inmigratorio alcanzaría en 2013 un nivel en torno a las 291.909 inmigraciones, un 7,1% menos que en 2012. Sin embargo, por cada persona que venga a residir a España se marcharían dos.

Un total de 591.515 personas abandonarían nuestro país para residir en el extranjero este año. Con ello, España volvería a registrar un saldo migratorio negativo con el extranjero, por cuarto año consecutivo, de -299.607 personas en 2013, frente a los -162.390 de 2012. Los resultados de la proyección para el conjunto del periodo 2013-2022 corresponden a un flujo inmigratorio y una propensión de la población a emigrar al extranjero sostenidos en su nivel previsto para 2013 con la información hoy disponible. Si así fuera, España perdería 2,5 millones de habitantes en los próximos 10 años en sus intercambios de población con el extranjero.

La simulación realizada muestra también la intensidad del proceso de envejecimiento de la población residente en España, acelerado ahora por el descenso de la natalidad y el saldo migratorio negativo. Como consecuencia del envejecimiento poblacional, la pérdida de población se concentrará en el tramo de edad entre 20 y 49 años, que se reducirá en 4,7 millones de personas en la próxima década (un 22,7%).

Además, el descenso de la natalidad provocaría que en 2023 hubiera casi un millón menos de niños menores de 10 años que en la actualidad (un 20,4% menos).

Por el contrario, la población se incrementaría en la mitad superior de la pirámide de población. De hecho, todos los grupos de edad a partir de los 50 años experimentarían un crecimiento de efectivos (salvo el grupo de edad 80-84, en el cual se aglutinarían en 2023 las generaciones más reducidas nacidas durante la Guerra Civil). En concreto, dentro de 10 años en España residirían 19,7 millones de personas mayores de 64 años, 1,5 millones más que en la actualidad (un 17,6% más).

En el año 2023 un total de 23.428 personas superarían los 100 años, casi el doble que los 12.033 centenarios actuales.

La tasa de dependencia (entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría en más de nueve puntos, desde el 51,0 actual hasta el 59,2% en 2023.

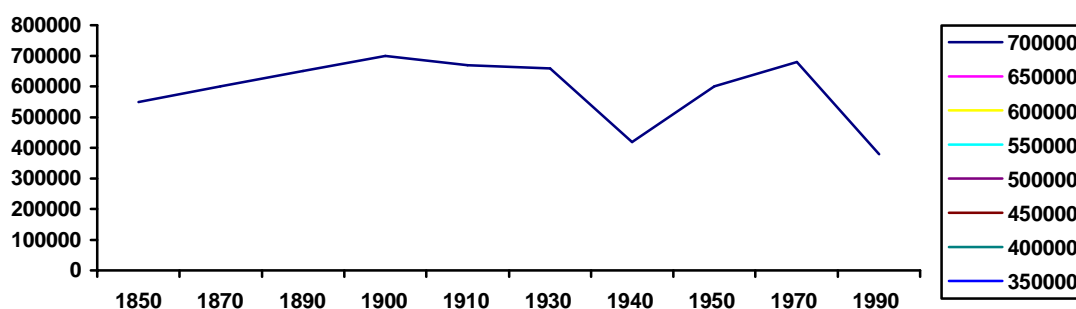
De mantenerse la evolución demográfica hoy observada, la pérdida de población se extendería a la práctica totalidad de las comunidades autónomas. Los mayores descensos en términos relativos se registrarían en Cataluña (-10,6%), Comunitat Valenciana (-8,7%) y La Rioja (-8,3%). Canarias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla serían los únicos territorios que no perderían población en la próxima década. En el caso de Canarias, la variación relativa en este periodo sería del 0,0%.

En 10 de las 17 comunidades autónomas el número acumulado de defunciones superaría al de nacimientos en la próxima década. Así, el saldo vegetativo entre 2013 y 2022 resultaría negativo en Principado de Asturias, Galicia, Castilla y León, Cantabria, País Vasco, Aragón, Extremadura, La Rioja, Comunidad Valenciana y Canarias. Por su parte, de mantenerse su tendencia actual, la cuantiosa emigración al extranjero haría que la migración exterior contribuyera negativamente al crecimiento demográfico de todas las comunidades en la próxima década, salvo en Canarias y la ciudad autónoma de Ceuta.

En términos absolutos, el saldo migratorio con el extranjero más negativo se observaría ahora en aquellas comunidades autónomas que han recibido más inmigración durante la última década. En cuanto a la migración interior, la prolongación de los comportamientos hoy observados situarían a la ciudad autónoma de Melilla y a las comunidades de Illes Balears y Comunidad de Madrid como los territorios que, en términos relativos a su tamaño, atraerían más población procedente del resto de España. Por el contrario, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Canarias presentarían los saldos migratorios interautonómicos más negativos.

De la obra Alejandro Macarrón Larumbe (“El suicidio demográfico de España”. Homolegens, 2011:18) extraemos los datos:

Figura 31.- Nacimientos anuales en España 1850 – 1990 (INE)



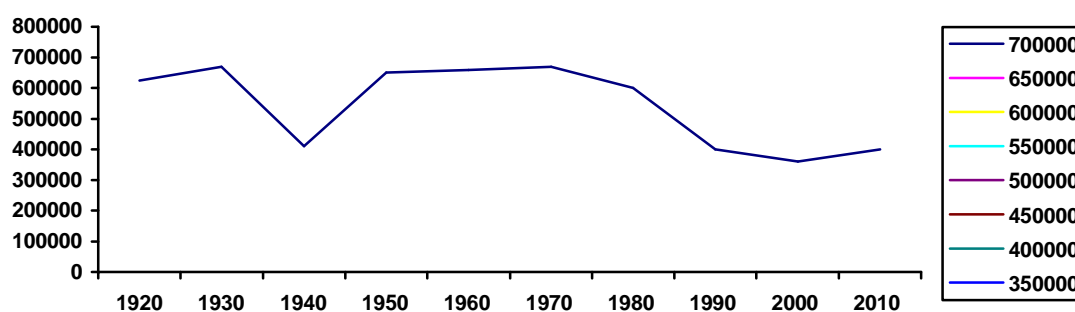
Se inicia por el año 1860 con unos 550.000 nacimientos y se obtiene una cumbre hacia el año 1900 y otra en la década de los años 1960 con dos declives, uno localizado en la segunda mitad de la década de 1930 (guerra civil española) y el otro a partir de la década de los años 1970.

Desde 1858 a 1980, en España nacieron prácticamente todos los años entre 550.000 y casi 700.000 personas, salvo los períodos de 1937 a 1939 y algunos años de la posguerra. El número de nacimientos inició una caída en picado a partir de 1977, disminuyendo un 46% en cifras absolutas en los veinte años siguientes (y reduciéndose un 58% el número promedio de hijos por mujer) hasta unos 363.000 bebés en 1995-19, 96, cuando nuestra natalidad tocó fondo y alcanzó niveles propios de la España del siglo XVIII, con una población muy inferior a la actual.

Actualmente tenemos una tasa de fecundidad tan baja que por cada dos bebés necesitaríamos uno más, simplemente para que haya relevo generacional. Con lo que hay, cada nueva generación de españoles será entre un 30% y un 40% menos numerosa que la anterior.

Entre 1975 y 2010, la edad promedio de los españoles pasó de 33 a 42 años y entre 2009 y 2010, más de la mitad de las provincias españolas perdió población, más del doble que entre mediados de 2008 y 2009, y cuatro veces más que entre mediados de 2007 y de 2008. En 2010 hay un 30% menos de jóvenes españoles comprendidas entre 18 y 25 años que hace sólo diez años. Entre 2010 y 2020, en media, cada año habrá un 3% menos de españoles con edades entre 25 y 35 años que en el año anterior.

Figura 32.- Nacimientos anuales de España 1920-2010



El año con más nacimientos de la Historia de España fue 1964 con 697.000 bebés y el segundo, el año 1903 con 685.300. El promedio anual de nacimientos desde 1985 es inferior incluso al de los años afectados por la guerra civil, con una población del 40% menor que la actual.

Desde 1988 han nacido cada año menos niños con madre española⁵² que en el año 1939⁵³. Interesa resaltar que, como consecuencia de la caída de la natalidad en España desde 1977, a mediados de los noventa, el crecimiento de la población se frenó llegando hasta próxima la pérdida de población, estancamiento que terminó de manera súbita con la llegada masiva de inmigrantes que empezó en la segunda mitad de los noventa. El incremento de la esperanza de vida al nacer desde principios del siglo XX es realmente notable, ya que en cien años largos ha pasado de poco menos de 35 años en 1900 a cerca de 82 en la actualidad (78 para los varones y 84 para las mujeres). Y sigue creciendo, a razón de algo más de dos años por década, por lo que más y más gente está llegando a nonagenaria y centenaria y con una calidad de vida aceptable hasta edades cada vez más avanzadas.

El principal factor de ese alargamiento de la expectativa de vida fue, en primera instancia, el descenso de la mortalidad natal, postnatal e infantil, en la actualidad mínimas, pero no solo. La esperanza de vida ha mejorado en todas las edades y sigue mejorando de forma apreciable por su alargamiento en edades muy posteriores a la infancia, porque la probabilidad de muerte infantil y juvenil actual es mínima (Homolegens, 2011:35). En España, actualmente solo muere un bebé cada trescientos antes de completar sus primeros doce meses de vida. Y al año siguiente, esa tasa de mortalidad cae incluso a la décima parte: solo fallece uno de cada tres mil niños con un año de edad, siendo también de destacar que se haya reducido virtualmente a cero la mortalidad de las mujeres en el parto y el puerperio, antaño una de las mayores causas muerte femenina, principal razón de que se haya ampliado la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres desde 1,6 años a más de seis en el último siglo.

La pirámide de población de España a 01/01/2010 (Homolegens, 2011:39) nos ofrece lo que se ha dado en llamar “déficit demográfico” acumulado con una pirámide actualmente invertida desde la cohorte quinquenal de 30 a 34 años, que presenta un déficit teórico superior a los 9 millones de niños y jóvenes con menos de 30 años⁵⁴, principalmente por los bebés que no nacieron desde que empezó a caer la natalidad.

⁵² Los niños nacidos en España con madre española, hasta hace unos veinte años venían a ser alrededor del 99%, al vivir tradicionalmente pocos extranjeros en nuestro país. En 1996, cuando el INE empieza a facilitar este tipo de estadísticas, sólo uno de cada treinta niños tenía madre extranjera, proporción que subió de forma vertiginosa en los años siguientes, hasta uno de cada cinco nacidos entre 2008 y 2009, y uno de cada cuatro con al menos un progenitor de origen extranjero.

⁵³ 1939. Año de conclusión de la Guerra Civil.

⁵⁴ Según la población residente en España estimada por el INE a 1 de enero de 2011, en esa fecha faltaban

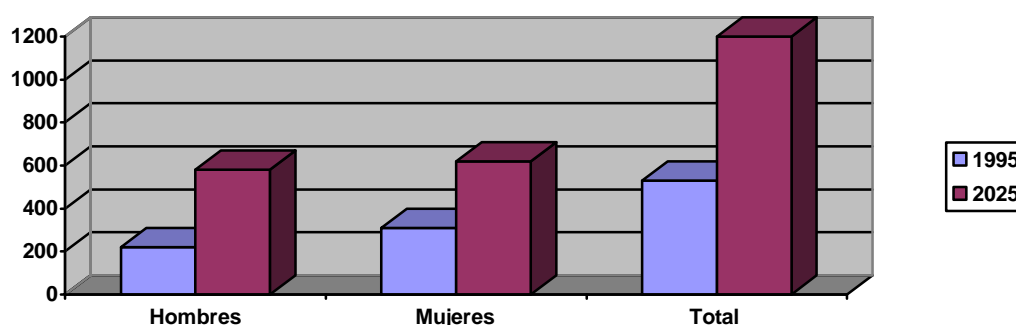
Este déficit equivale a un 60% de la población actual en esas edades, esto es que, por cada cinco niños y jóvenes en España ya faltan, al menos, otros tres, cifra que sigue incrementándose a razón de un cuarto de millón de españoles cada 365 días.

Las cifras del **envejecimiento a nivel mundial** son muy significativas. (Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 2004: 12) afirman que en las últimas décadas estamos asistiendo a un descubrimiento de la vejez, que está propiciando un cambio de concepto sobre la misma, tanto desde el punto de vista social como científico. Ello en parte se ha debido a que la pirámide de población se está invirtiendo y las personas mayores se están convirtiendo en un sector de la población cada vez más influyente desde el punto de vista social, político, sanitario, económico, etc. Todos los datos estadísticos apuntan en este sentido:

A nivel mundial, se calcula que para el año 2025 se alcance la cifra de 1.100 millones de ancianos, lo que representa que la población de más de 60 años se sextuplicará con relación al año 1995 (Quintero y Asón, 1983 citados por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 2004: 13).

El número total de personas mayores pasó de doscientos millones en 1950 a cuatrocientos millones en 1982, alcanzó los seiscientos millones en 2001 y se calcula que llegará a mil doscientos en el año 2025, en el que más del 70 % vivirá en los países que actualmente están en desarrollo. Las estimaciones (CEOMA) apuntan que en el año 2050 el número de personas mayores superarán los 2.000 millones en todo el mundo⁵⁵.

Figura 33.- Previsión de incremento de población entre 1995 y 2025

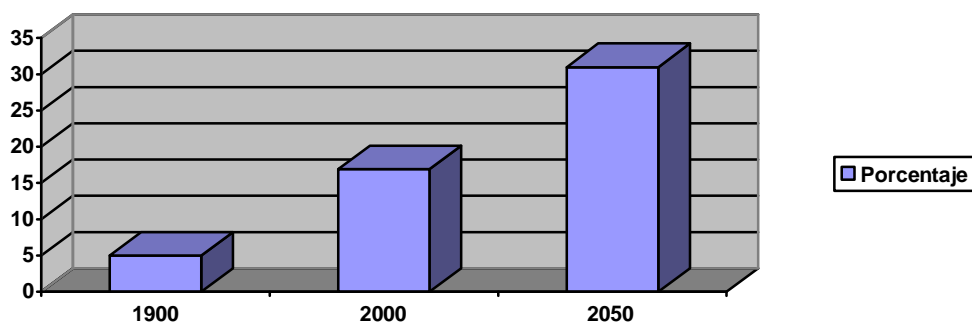


9,81 millones de personas con menos de 34 años para que, por debajo de esa edad hubiese en nuestro país la misma gente en todas las edades que en la quinta de los 34 años.

⁵⁵ 8º Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. CEOMA, Madrid, 22, 23 abril 2007

El gráfico representa la población mundial en millones de habitantes, resultando que en España el paso fue, entre 1900 y 2000 de un 5% al 16,9% de mayores de 65 años para llegar al 31% en el año 2050 (Rubio Herrera, R. CEOMA, 2007. 302 y siguientes).

Figura 34.- Crecimiento relativo de la población mayor de 65 años en España



Conociendo que los índices del maltrato aumentan con la edad de los mayores, y si ahora estamos en un 4% aproximadamente de mayores de 80 años, como se ha dicho, en el 2050 esa cifra pasará previsiblemente a un 10% con el consiguiente aumento del potencial de riesgo.

En España, según el INE, a finales del año 2002 se llegó a los 7 millones de personas mayores de 65 años, mientras que los menores de 16 años sólo eran 6´3 millones. Estas cifras indican que en los últimos diez años se perdieron casi 10 millones de menores, invirtiéndose totalmente la pirámide de población (INE, 2002). Se prevé que en el año 2020 se alcance la cifra de 8 millones de personas mayores, que representarán casi el 20% de la población general, y en el año 2040, cuando llegue a la vejez la generación del “baby boom”, se invierta en España completamente la pirámide de población. (IMSERSO, 2000).

Nuestro país es el segundo Estado de la UE, donde más ha aumentado la población, con 15´5 habitantes por cada mil.

La esperanza de vida de los españoles es para los hombres de 77´2 años y para las mujeres de 84 años, con 1´5 millones de octogenarios, incrementándose un mes y medio cada año la esperanza de vida⁵⁶. La esperanza de vida al nacimiento de las mujeres es de 83 años, siendo 75 para los varones⁵⁷. En el caso de las mujeres es la más alta de la Unión Europea y en el de los varones, sólo Italia y Grecia la superan.

⁵⁶ CEOMA, abril 2007.

⁵⁷ Datos no coincidentes con los de CEOMA constatados anteriormente.

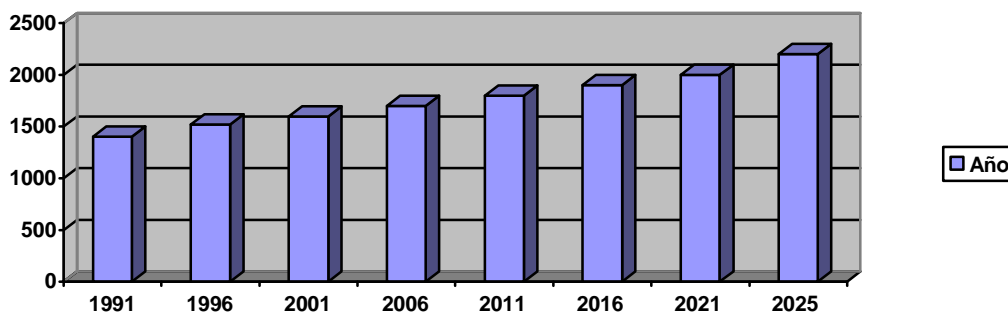
La esperanza de vida de las mujeres en España a los 60 años, es todavía de 25, y de 20 para los varones. (Eurostat, 2001). El porcentaje de mayores de 65 años, sobre el total de la población prevista será el que se registra en la tabla siguiente, apreciándose un crecimiento ininterrumpido desde al año 1991 hasta la previsión de 2025⁵⁸.

Tabla 15.- Porcentaje de la población de ancianos y previsión 1991 - 2025

AÑO	% MAYORES DE 65 AÑOS	AÑO	% MAYORES DE 65 AÑOS
1991	14´11 %	2011	18´08 %
1996	15´86 %	2016	19´00 %
2001	17´01 %	2021	19´88 %
2006	17´34 %	2025	21´68 %

España envejece y seguirá envejeciendo en las próximas décadas. La población mayor ha crecido más rápidamente en el último siglo que el resto de los grupos de población. Se ha incrementado siete veces: las 967.754 personas de 65 y más años en 1900 se han convertido en 6.739.561 (1999), y en 2050 serán más de 12 millones.

Figura 35.- Evolución de la población de ancianos en España (1991 – 2025)

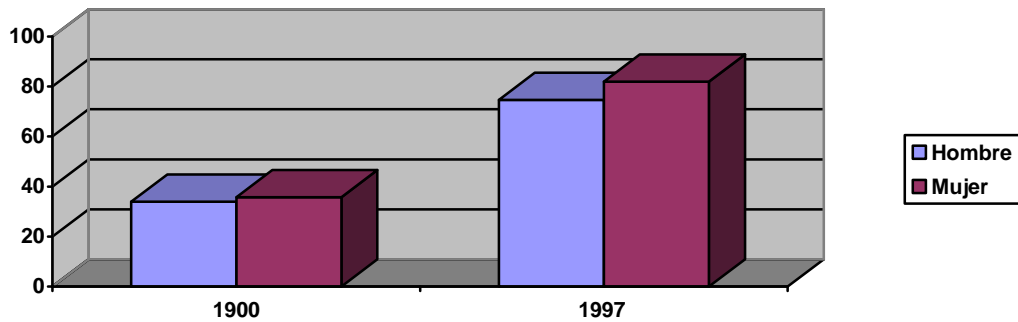


España es un país cuyas tasas de mortalidad infantil se encuentran entre las más bajas del mundo, y uno de los que tienen más alta esperanza de vida, después de Japón.

La esperanza de vida al nacer ha crecido considerablemente en el siglo recién terminado, y ha pasado desde 33´9 hasta 35´7 años en 1900 para varones y mujeres respectivamente, a 74´7 y 81´9 en 1997, cifras sólo superadas, las de mujeres por Francia y Suecia en la Unión Europea, además de Japón, Suiza y Canadá en el resto del mundo. La diferencia de esperanza entre mujer y varón se ha acentuado a lo largo del siglo, pero se espera una estabilización en torno a 7´7 años entre ambos sexos.

⁵⁸ Anuario Estadístico del INE (2002-2003). Censo 1991 revisado 2002.

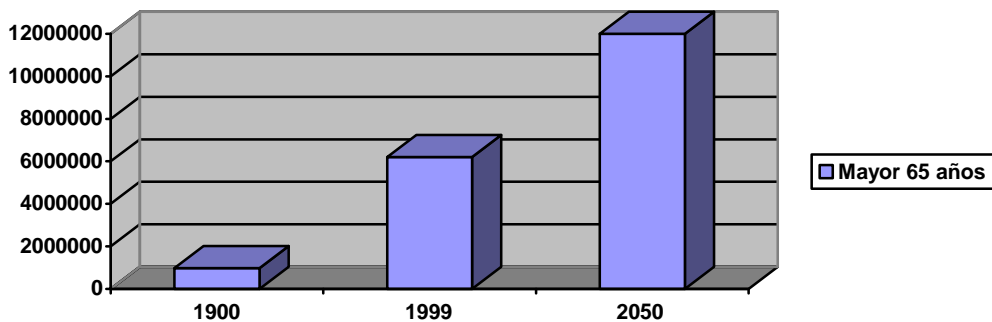
Figura 36.- Esperanza de vida al nacer entre 1900 y 1997



El grupo de edad que crece a mayor ritmo es el de las personas octogenarias. Las personas mayores de 84 años se han multiplicado por 2'3 desde 1981 a 2001 (Puga, 2001). También se ha observado un crecimiento explosivo de las personas centenarias en muchos países. En 2008, las personas de 80 años o más representaban el 20% del total de la población mayor.

La Secretaría General de Asuntos Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nos ofrecía al inicio del siglo actual, una serie de indicadores demográficos⁵⁹ de entre los que destacamos:

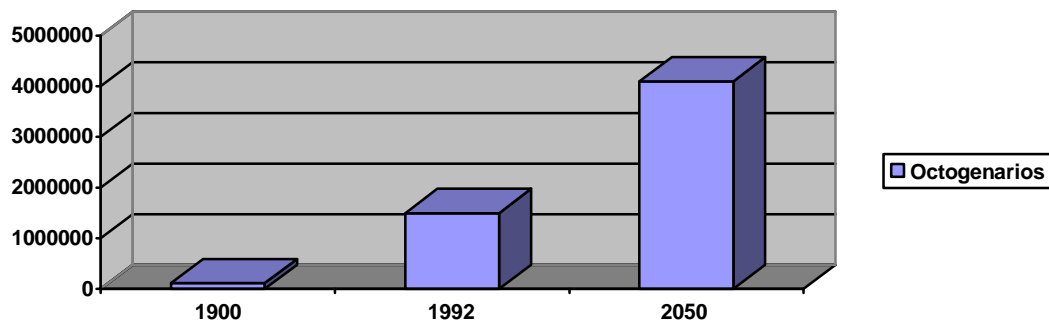
Figura 37.- Incremento de la población mayor de 65 años. Proyección



En 1992, la población mayor suponía el 16'8 % sobre un total nacional de 40.202.158 habitantes habiendo duplicado su población mayor en los últimos 30 años, envejeciendo de forma rápida e intensa, sobre todo si lo comparamos con el resto de los países europeos. Los octogenarios se han multiplicado por 12; en 1900 había 115.000, al final del siglo XX, 1'5 millones, pero en 2050 habrá 4'1 millones.

⁵⁹ II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Abril, 2002. ENVEJECER EN ESPAÑA.

Figura 38.- Incremento de la población octogenaria en España. Proyección a 2050



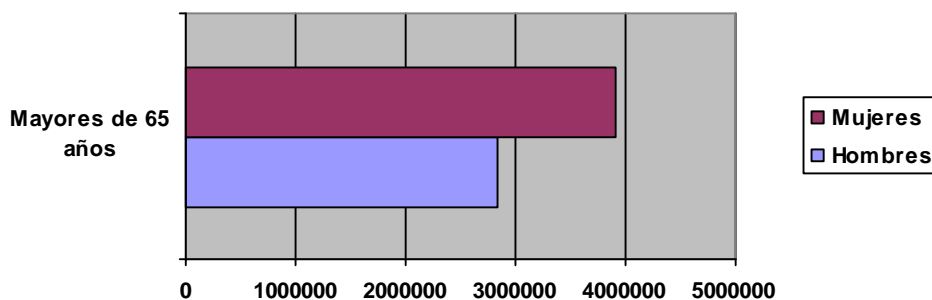
Cada mes alcanzan el umbral de los 65 años unas 35.000 personas, según un estudio del INE. Cada año, 10.000 personas alcanzan la edad de 100 años, cuando hasta hace poco era algo excepcional y, además, la cifra aumenta rápidamente.

La mayoría de los españoles recién nacidos en la actualidad celebrará su 65 cumpleaños. A principios del siglo XX sólo un 26% llegaba a viejo. En las condiciones de mortalidad actuales, de 100 nacidos, 86 alcanzarán la vejez. Cada año fallecen en España unas 300.000 personas de edad, de las que más de 1.500 son centenarias.

Hace medio siglo, los bloques de edad ganaban años de vida gracias al descenso de la mortalidad infantil, mientras que en los últimos veinte años, a su vez, se ha producido un descenso mayor de la mortalidad entre las personas de 70-80 años, envejeciendo más a los más viejos.

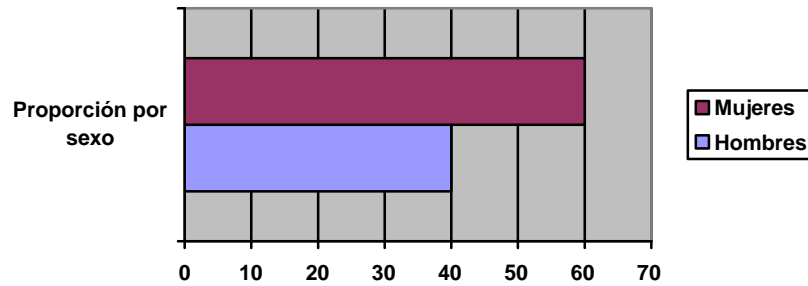
Las diferencias numéricas entre sexos se han ido acentuando, existiendo un millón más de mujeres de edad que varones: 3.910.108 y 2.829.453 respectivamente a finales del siglo pasado.

Figura 39.- Diferencia numérica de población mayor, por sexos



Para Naciones Unidas, a mediados del presente siglo, España será el país más envejecido del mundo, con una población de la que más de las dos quintas partes tendrá 60 años o más, lo que viene a ser alrededor del doble que en la actualidad (44%, de ellos, el 60% mujeres y el 40% hombres).

Figura 40.- Mayores de 60 años. Proporción por sexos hacia 2050



El crecimiento vegetativo⁶⁰ tradicionalmente en terreno bastante positivo⁶¹ (diez o más, esto es, un crecimiento anual de la población, flujos migratorios aparte, de al menos el 1%), se desplomó desde finales de los 70 y estuvo a punto de entrar en terreno negativo a finales de los noventa. La diferencia aproximada de 370.000 individuos anuales entre nacimientos y defunciones al final del período (1977) se redujo a menos de 5.000 en 1998 (en unos veinte años)⁶².

La relación entre los **octogenarios** es más desequilibrada: dos de cada tres son mujeres, mientras que la habitual al nacer es de 106 niños por cada 100 niñas; actualmente se alcanza un equilibrio entre sexos en torno a los 40 años; a partir de esa edad el desequilibrio aumenta cada año a favor de las mujeres. En cambio, en 1950 se alcanzaba ese equilibrio a los 16 años, por una sobremortalidad infantil masculina que acentuó el déficit de varones a partir de esa edad. El problema actual, sin embargo, es el déficit de mujeres en edades tradicionalmente casaderas. En los próximos años, se prevé una ralentización del proceso de envejecimiento como consecuencia de la llegada al umbral de los 65 años de las cohortes nacidas en la guerra civil.

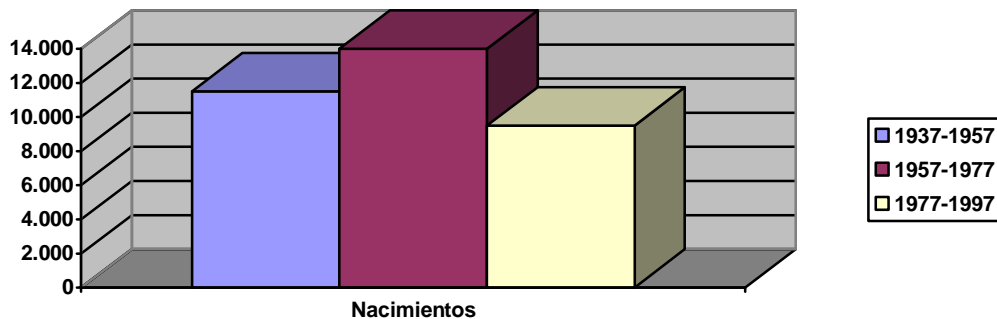
⁶⁰ Nacimientos menos muertes por mil habitantes

⁶¹ Macarrón. Obra citada, Homolegens, 2011: 29

⁶² El cambio de tendencia registrado a partir de 2000 quizás se debe al nacimiento de hijos de inmigrantes.

Se activará el crecimiento en la segunda década del siglo actual y en especial a partir de los años veinte, con la llegada de las mencionadas generaciones del baby-boom, que vienen a representar más de un tercio de toda la población en España. Su calendario lleva un retraso aproximado de diez años respecto al resto de países europeos que también experimentaron este proceso. Entre 1957 y 1977, nacieron casi 14 millones de niños, 4'5 millones más que en los veinte años siguientes y 2'5 más que en los veinte años anteriores.

Figura 41. Generación del baby-boom. Nacimientos



Los grupos jóvenes han ido perdiendo peso en el conjunto de la población. A principio del siglo XX, la mitad de la población tenía menos de 24 años; en 1999, 36 años; y en el año 2050, la mitad tendrá más de 50 años. A partir de los 70 años, la mayoría de las mujeres son viudas. Dos de cada tres octogenarios son mujeres, fenómeno que añade, a la habitual mayor mortalidad entre los hombres, la circunstancia de los efectos de la guerra civil sobre el sexo masculino.

La población de edad es fundamentalmente urbana, es decir, reside en municipios de más de 10.000 habitantes. Las zonas rurales tienen cifras relativas más altas de envejecimiento; en más de 5.500 municipios (del total de 8.097 que existen en España) puede encontrarse una persona mayor entre cada cuatro habitantes. Las costas españolas, especialmente las mediterráneas, están recibiendo en los últimos años numerosos efectivos de jubilados europeos gracias a su confort climático y otros factores de atracción.

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)⁶³ ofrece las siguientes cifras sobre envejecimiento:

⁶³ VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Personas Mayores. Madrid, 23 abril, 2007.

En España hay más de 72 millones de personas mayores de 65 años (un 17 por ciento de la población) y se espera que para 2050 esta proporción se eleve hasta el 30 por ciento. En ese año España será el país más envejecido del mundo después de Japón, según un estudio presentado por la OMS este mes de abril.

En la estadística de 1 de enero de 2004, España tenía una población de 42.197.900 habitantes y en la Unión Europea se alcanzaba la cifra de 456.400.000⁶⁴.

En la Unión Europea había una población próxima a los cincuenta millones de personas mayores, uno de cada siete ciudadanos (Morillas Fernández, D., 2000)⁶⁵ y en las pasadas tres décadas el número de personas de más de 60 años ha pasado de 46,5 millones a 68,6 millones, lo que supone un incremento de aproximadamente un 50%. Con la tendencia actual se espera que en el año 2020 haya aproximadamente el doble de personas mayores que en 1960, es decir, entre 89 y 100 millones, de las que alrededor de 20 millones tendrán más de 80 años (Latorre, Montañés y Serrano, 1999 citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M. 2004:13).

Según un informe de la Comisión Europea⁶⁶, casi un tercio de los 517 millones de europeos que habrá en 2060 tendrá al menos 65 años. La pirámide de edad europea cambiará drásticamente durante las próximas décadas: así lo prevé el último informe English de la UE sobre envejecimiento.

Hasta 2060, la población total aumentará ligeramente: habrá 517 millones de habitantes frente a 502 millones en 2010. Pero su edad será mucho mayor: el 30% tendrá al menos 65 años. No deja de ser un gran éxito, pero el hecho de que más personas vivan más tiempo puede plantear problemas graves a las economías y los sistemas de seguridad social. La otra cara de la moneda es evidente: habrá menos personas en edad de trabajar. El porcentaje de población entre 15 y 64 años de edad bajará del 67% al 56%. Eso equivale, más o menos, a pasar de cuatro a dos personas en edad de trabajar por cada jubilado.

Estos cambios demográficos pueden tener consecuencias importantes para las finanzas públicas en la UE. Si entre 2010 y 2060 se aplican las políticas actuales, el gasto público estrictamente relacionado con la edad (pensiones, sanidad y cuidados de larga duración) subirá 4,1 puntos en porcentaje del PIB, del 25% a cerca del 29%.

⁶⁴ Los países más poblados de la Unión Europea son: Alemania, Francia, Reino Unido, Italia, España y Polonia, con el 75% de la población total. Malta, Luxemburgo y Chipre los menos poblados, con 0,4%.

⁶⁵ Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. RECPC 02-r4 (2000).

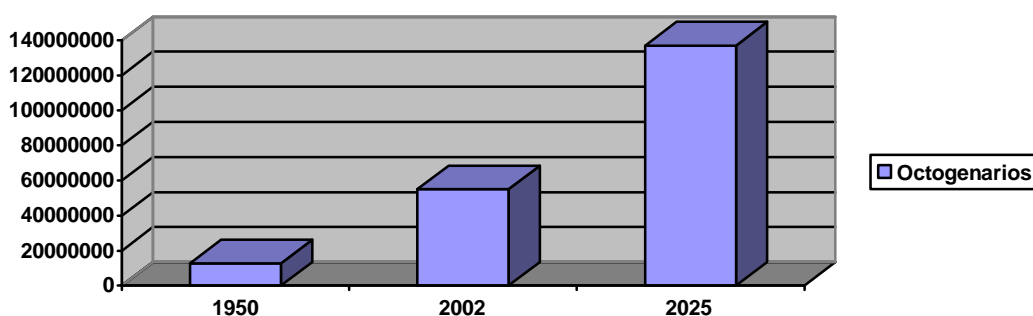
⁶⁶ Europa envejece: hay que prepararse ya - 15/05/2012.

Ya sólo el gasto en pensiones aumentará del 11,3% a cerca del 13% del PIB. Pero el informe también apunta a grandes diferencias entre los países, que dependerán mucho de lo que cada uno avance en la reforma de las pensiones.

El alcance y la rapidez del proceso dependen de la esperanza de vida, la fecundidad y la migración futuras. Entre 2000 y 2060 se prevé que la esperanza de vida al nacer aumente de 76,7 a 84,6 años (hombres) y de 82,5 a 89,1 años (mujeres). En el mismo periodo, la tasa de fecundidad subiría ligeramente, de 1,59 a 1,71 hijos por mujer. El total neto acumulado de inmigrantes en la UE se calcula en unos 60 millones hasta 2060. En Estados Unidos, se espera que en el año 2030, el 21'8% de la población sea mayor de 65 años. Es decir, casi una cuarta parte de la población general. El ritmo de crecimiento es tal que los mayores de 85 años han aumentado en ese país un 232% entre 1960 y 1990, mientras que la población total aumentó un 39%. (Papalia y Olds, 1996, en Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 2004: 13).

A nivel mundial, el número de personas de más de ochenta años ha crecido y sigue creciendo a un ritmo más acelerado, pasando de trece millones en 1950 a más de cincuenta y cinco millones en 2002, y se calcula que alcanzarán los ciento treinta y siete millones en el año 2025. Es el grupo de población de crecimiento más rápido en todo el mundo y se calcula que se habrá multiplicado por diez entre 1950 y 2025.

Figura 42.- Octogenarios 1950. Proyección 2025



Desde un punto de vista cualitativo, se ha observado que **la esperanza de vida en salud** no se ha incrementado al mismo ritmo que la duración total de la vida, resultando fundamental integrar el análisis del género, partiendo de la aceptación de que edad y género están relacionados en cuanto a la distribución social del poder, del privilegio y del bienestar.

Edad y género se consideran aspectos fundamentales en la organización social, juntos con la clase social y el grupo étnico. En 20 países en desarrollo, incluidos Argentina, China, Malasia, México y Tailandia, la esperanza de vida ya ha superado la edad de 70 años.

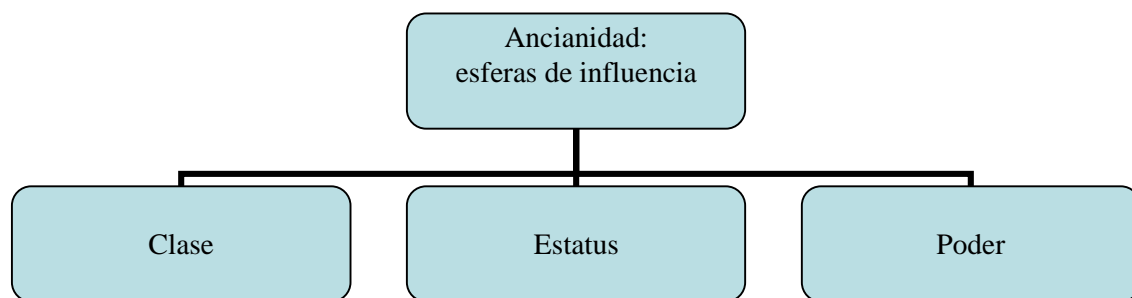
A raíz de su marcado aumento, las tasas de natalidad han descendido espectacularmente. En China, por ejemplo, el número de niños por familia ha bajado de 5´5 en 1970 a 1´8 en la actualidad. En el caso de Brasil, la tasa de fecundidad se ha reducido en ese período de 5´1 a 2´2. En la India ha bajado desde el 5´9 al 3´1.

Los varones, que viven de promedio menos años que las mujeres; sin embargo, pueden esperar vivir libres de discapacidad durante más tiempo que ellas. En las mujeres sobre todo, todavía no puede decirse que vivir más años les haya supuesto vivir mejor, especialmente en la gran ancianidad, lo que nos lleva a compartir aquello de que “vivir más no significa necesariamente vivir mejor”.

Entre las personas de 85 años y más hay tres mujeres y un varón, de cada cuatro. Constatado que el maltrato es mayor entre las mujeres que entre los hombres, podemos agregar otras circunstancias como que las mujeres ancianas son más pobres que los varones, viven más solas que ellos y padecen más discapacidad. Además, (como se verá en otro lugar) envejecimiento como tal recibe, en su percepción, una gran cantidad de influencias derivadas del estado de salud de la persona mayor.

La relevancia social de la “ancianidad” está teñida de prejuicios y estereotipos falsos pero que no dejan de tener su influencia en el concepto generalizado: “Después de la adolescencia, obsolescencia” (Curtin, 1972).

Puede resultar útil en el estudio sociológico de esta etapa de la vida el esquema de Max Weber al analizar las tres esferas de influencia: clase, estatus y poder.⁶⁷



⁶⁷ Esquema presentado por M^a Teresa Bazo. Obra citada. (2005:225).

En el esquema, **la clase** se refiere habitualmente a la situación económica de las personas; **el poder** significa el control que ejercen o pueden ejercer las personas de los recursos valiosos y por el **estatus** entendemos la posición que se ocupa en un grupo o jerarquía y que confiere más o menos valor, honor o prestigio de tal modo que, en según qué tipos de sociedades, ser anciano /a puede suponer ocupar una posición más o menos valiosa.

Como se ha afirmado, cierta propensión hacia el maltrato a las personas mayores tiene que ver con los prejuicios y éstos, a su vez, tienen que ver con el estatus y poder que ostenten los grupos sociales que los soportan.

De los datos presentados en este estudio se deduce que el aumento de la longevidad junto con el descenso de la fecundidad es la causa universal del envejecimiento de la población; afecta a la sociedad en general y a las personas en particular.

Las **repercusiones sociales** son numerosas, afectan a las pautas de producción, consumo, ahorro, inversión, a las condiciones del mercado laboral y a la productividad, a los tipos de servicios necesarios y a los patrones del gasto público.

A pesar de su importancia, este colectivo percibe que la sociedad le vuelve la espalda en demasiadas ocasiones. Sin embargo, para construir un futuro sostenible, es fundamental que los mayores tengan un papel activo en la sociedad. Así lo creen expertos como Alexandre Kalache⁶⁸, cuando afirma que los mayores no suponen una carga económica; todo lo contrario, pueden desempeñar un papel positivo como consumidores activos.

Kalache considera que hay tres factores fundamentales para llegar a centenario conservando una relativa calidad de vida, a saber: a) mantenerse activo físicamente; b) llevar una dieta sana y equilibrada; y c) reducir al máximo el consumo de alcohol y de tabaco. Y considera que: a) los hábitos de vida son determinantes en un 70% para llegar sano a la vejez; b) el 20% viene a depender de factores genéticos; y c) el 10% restante tiene que ver con la actitud ante la vida; y de ahí la importancia de valerse por sí mismo para realizar determinadas actividades habituales, lo que no es sólo cuestión de edad, sino de otros factores como el nivel educativo, el nivel de renta⁶⁹ o los hábitos de vida.

⁶⁸ Alexandre Kalache, ex director del Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS

⁶⁹ A más edad, mayor necesidad de asistencia y menor disponibilidad económica.

Los factores que influyen en la calidad del envejecimiento representados gráficamente nos daría el siguiente resultado:



Del gráfico se deduce claramente la gran relevancia de los **hábitos de vida** para llegar a un tipo de vejez saludable, circunstancia que aconseja la toma en consideración de factores que tienen que ver con aspectos relacionados con el consumo en diferentes áreas: la alimentación y los bienes diarios, la salud, la vivienda y sus gastos, la oferta de transporte y el ocio, el equipamiento personal y las entidades financieras⁷⁰.

Datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE reflejan la importancia del **consumidor mayor**. Sobre todo, si se tiene en cuenta la evolución de esta proporción, que ha pasado de significar el 18% en 2007 al 24% siete años después⁷¹. El 41% de su presupuesto doméstico está destinado a la vivienda, el agua, la electricidad, el gas y otros combustibles. El 17% va a parar a los alimentos y las bebidas no alcohólicas. El resto se reparte, por orden, en varias partidas: transportes; hoteles, cafés y restaurantes; mobiliario y equipamiento del hogar y otros gastos corrientes de conservación de la vivienda; salud; ocio, espectáculos y cultura; comunicaciones; bebidas alcohólicas; tabaco; enseñanza y otros.

Según el mismo estudio, en los últimos años, el incremento de algunas partidas presupuestarias domésticas⁷² (ha hecho que las personas de más de 65 años, cuya fuente de ingresos es la pensión de jubilación, se hayan privado de algunos productos o actos de consumo, modificando sus hábitos y aplicando medidas de ahorro, para cubrir las áreas que consideran fundamentales.

⁷⁰ Con el patrocinio de HISPACOOOP (Confederación Española de Cooperativas de Consumidores y Usuarios) se ha querido conocer las dificultades de consumo por parte de las personas mayores en diferentes áreas: la alimentación y los bienes diarios, la salud, la vivienda y sus gastos, la oferta de transporte y el ocio, el equipamiento personal y las entidades financieras. Para ello, entre octubre noviembre de 2013, se realizaron un total de 1.200 entrevistas a personas de entre 65 y 80 años, ubicadas en lo que hoy en día se denomina la golden age (de 65 a 75 años) y la grey age (de 75 a 90 años).

⁷¹ Referencia al año 2013 en hogares cuyo sustentador principal es mayor de 65 años.

⁷² Suministros básicos de la vivienda, medicamentos a consecuencia de los recortes en los productos financiados por la Seguridad social, etc.)

En la actualidad se resaltan los aspectos negativos del envejecimiento, tales como los crecientes costes de los servicios y las prestaciones sociales, sin tener en cuenta la contribución que las personas mayores pueden hacer a la sociedad.

En su artículo “ La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos”⁷³ manifiesta que “resulta paradójico que la prolongación de la vida de las personas —que ha sido un sueño largamente acariciado por los seres humanos— haya acabado convirtiéndose en una pesadilla. Esto es a causa, en parte, del tipo de análisis que se ha venido realizando. El incremento del volumen y proporción de las personas mayores no aparece ya como un logro, sino como una carga social. Y esta percepción viene a constituir el problema principal de la vejez, tal y como es denunciado por los investigadores/as que habiendo sido pioneros llegan a esa etapa de la vida”. (Laslett, 1991).

Evidentemente, tal y como hemos venido señalando, una sociedad en la que son comunes las actitudes negativas hacia la vejez, favorece el desarrollo de un medio ambiente en el que puede producirse con más facilidad el maltrato a las personas mayores.

La relación entre vejez y deterioro cognitivo, asumido por la opinión pública e incluso por la ciencia, ha generado unas expectativas negativas respecto a la vejez, que se ha traducido en un característico comportamiento paternalista y proteccionista del anciano. De forma que se ha producido un proceso interactivo entre roles sociales y estereotipos negativos, que ha influido negativamente sobre el autoconcepto y la autoestima del anciano (Fernández-Ballesteros, 1995 citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 1999: 85).

El **declive cognitivo** con la edad no es generalizado. Determinados tipos de inteligencia decrecen con la edad, mientras que otros continúan constantemente desarrollándose. Bien por razones madurativas o bien por razón del entrenamiento, hay habilidades que alcanzan su máximo nivel con la adolescencia, mientras que otras continúan desarrollándose a lo largo de todo el ciclo vital. Es el caso, por ejemplo, de la inteligencia, en la que hay que distinguir dos tipos: la fluida y la cristalizada (Horn y Donalson, 1976; Craig, 1988, citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 1999: 86).

⁷³ María Teresa Bazo. Universidad del País Vasco. Reis 60/92 pp. 75-90

La inteligencia fluida, relacionada con la velocidad motora, de procesamiento y de respuesta, con la inducción, el razonamiento lógico y abstracto, con la memoria a corto plazo y las relaciones gráficas, aumenta con la adolescencia. Se desarrolla durante toda la infancia y sufre un progresivo deterioro a partir de la adolescencia. Durante la edad adulta disminuye lentamente. Está muy poco condicionada por el contexto cultural y mucho por la herencia biológica.

La **inteligencia cristalizada**, relacionada con el razonamiento verbal, la comprensión, la percepción espacial, la memoria a largo plazo y la resolución de los problemas cotidianos, se adquiere mediante la educación formal, el aprendizaje intencional y la experiencia cultural diaria. Aumenta durante toda la vida porque durante todo el ciclo vital se aprende y se acumulan experiencias.

La única condición para que aumente es que el adulto siga recibiendo información, la asimile y la registre. Así, un adulto puede obtener puntuaciones más altas que un adolescente en la inteligencia cristalizada. Si los incrementos de un tipo de inteligencia compensan los decrementos de la otra, el resultado es que los deterioros cognitivos con la edad no son tan importantes como se pensaba, ni tan uniformes en todas las personas.

La teoría del Ciclo Vital, sin negar la posibilidad de cierta decadencia de la inteligencia durante la vejez, insiste fundamentalmente en la plasticidad y el crecimiento continuado de la misma, que da lugar a una inteligencia postformal o sabiduría (Baltes, Dittman-Kohli y Dixon, 1984; Sternberg, 1994, citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 1999: 86). La sabiduría sería un estadio avanzado del desarrollo intelectual. Se trata de un concepto difícil de concretar. Una capacidad que alcanzan algunos adultos para desarrollar buenos juicios sobre problemas difíciles, de mala solución, lo que nos hace deducir que la persona sabia es aquella que diferencia los problemas mal estructurados de los bien estructurados. Es una especie de inteligencia práctica o inteligencia de acción.

Podría definirse como el conocimiento experto en la planificación de la vida, el manejo de la vida y la revisión de la vida, de forma que una respuesta sabia es aquella que reconoce que ninguna solución es la mejor para todos y que la vida es impredecible (Smith y Baltes, 1990, citado por Latorre Postigo, J.L., Montañés Rodríguez, J., 2005:238). Se caracteriza por lo siguiente:

El desarrollo de buenos juicios en los problemas de mala solución como son los sociales; el reconocimiento de la incertidumbre del saber humano; las personas mayores pierden la creencia de la existencia de certezas y errores absolutos; la relatividad del conocimiento y la flexibilidad en la aplicación de los esquemas mentales; el carácter interpersonal; los sentimientos, las intuiciones y las experiencias personales son la base de la toma de decisiones; el saber preguntar y plantear los problemas desde nuevas perspectivas.

La **inteligencia cristalizada** no es exclusiva de la vejez. Puede darse en cualquier edad, pero las personas mayores alcanzan puntuaciones significativamente más altas que los jóvenes y adultos en el criterio de incertidumbre; es un tipo de inteligencia que puede crecer con la edad. Desde otro punto de vista, **la sabiduría** se define no sólo como la forma de resolver un problema sino, sobre todo, por la forma de formularlo y por las preguntas que el sujeto es capaz de hacerse para buscarle vías de salida. Desde esta perspectiva, la sabiduría se encuentra más en las preguntas que en las soluciones. El concepto de Zona de Desarrollo Potencial de Vygostky permite afirmar que en todos los individuos – también en los ancianos – existiría siempre una posibilidad de desarrollo que vendría marcada por la distancia existente entre el nivel de desarrollo actual y el nivel potencial de desarrollo.

Es posible compensar y prevenir el **deterioro cognitivo**. El desarrollo humano no solo se puede describir y explicar, sino también optimizar. Y es que aprender es natural al hombre, sea cual sea su edad y siempre la intervención es posible porque los factores que más influyen en el deterioro cognitivo no son intrínsecos al proceso de envejecimiento, sino otro tipo de factores, como enfermedades, aislamiento social, educación deficiente, falta de motivación,... que se pueden controlar y/ o educar.

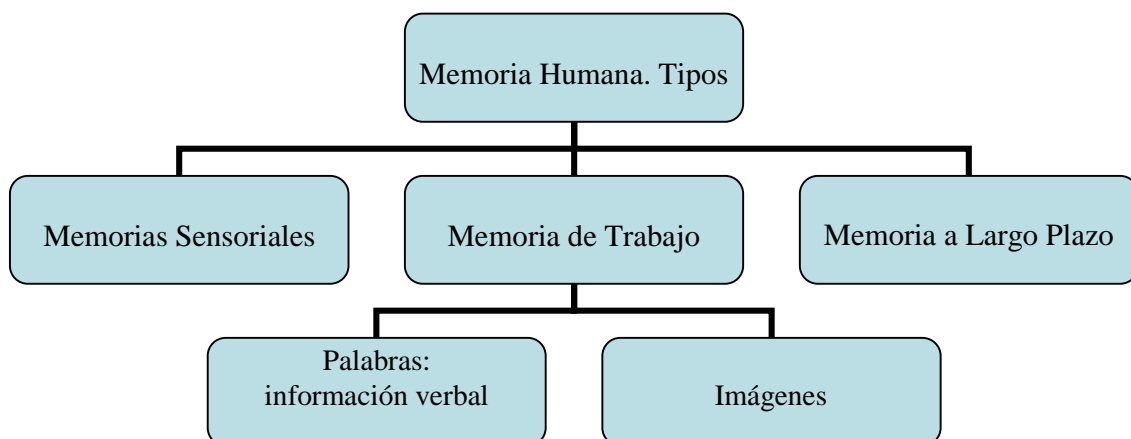
Tanto la **teoría cognitiva** (Piaget) como la **psicoanalítica** (Freud) concedían poca relevancia a esta etapa de la vida, siendo los nuevos enfoques teóricos, como las teorías del Ciclo Vital, del Procesamiento de la Información, Ecológica o la Histórico-cultural las que han contribuido en mayor o menor grado a desarrollar el interés por este tipo de estudio mejorando el concepto sobre el mismo.

La teoría del **Ciclo Vital** parte de la idea de que el desarrollo no es exclusivo de la infancia y la juventud, sino que se da a lo largo de todas las edades, incluyendo la adultez y la vejez.

Capacidades como la inteligencia y la memoria en ciertas dimensiones decrecen pero en otras continúan desarrollándose toda la vida. En la misma línea, algunos teóricos del Procesamiento de la Información defienden la existencia de un estadio postformal o de la sabiduría con la existencia de un desarrollo positivo hasta edades muy tardías.

Desde la **teoría ecológica** se ha comprobado que en condiciones de laboratorio las personas mayores tienen peores rendimientos que los jóvenes en ciertas actividades, pero no en otras como las tareas de la vida diaria o la resolución de problemas sociales mal definidos. Por último, para la teoría Histórico-Cultural, el motor del desarrollo es el aprendizaje y la vejez es lo suficientemente plástica. Además, en la vejez existe una reserva de desarrollo y una capacidad de aprendizaje tal, que no se puede negar a las personas mayores la posibilidad de desarrollo de las funciones psicológicas superiores y de una vida cognitiva competente. El desarrollo siempre permite avanzar un paso más a cualquier edad, también en la vejez.

Para diversos autores, recorriendo **las funciones de memoria** del sistema humano de Procesamiento de la Información (Santiago de Torres, J., Torny Mejías, F., Gómez Milán, E. 2001: 73) la memoria humana se divide en tres grandes tipos, caracterizados por la duración de la información que se representa en ellos y por su capacidad. Vienen a ser: Memorias Sensoriales. Memoria de Trabajo (MT). Memoria a Largo Plazo (MLP).



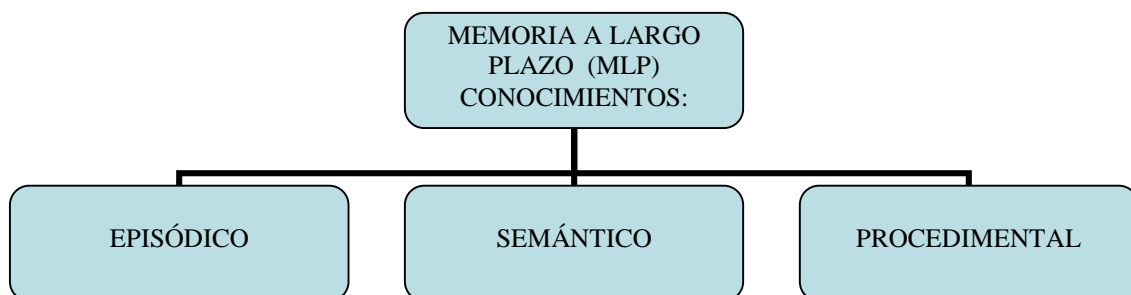
Las **Memorias Sensoriales** son responsables de mantener durante períodos muy breves la información que alcanzan nuestros sentidos. Las más estudiadas han sido: La memoria icónica que prolonga la duración de las imágenes que alcanzan la retina; la memoria ecoica que afecta de forma similar a los sonidos; la función general de las memorias sensoriales es la de dar al cerebro un poco más de tiempo para analizar el análisis del estímulo.

La **Memoria de Trabajo** (MT) es el conjunto de símbolos activos en un momento determinado a los que estamos prestando atención y que, por tanto, podemos manipular bajo control voluntario. Se trata de una concepción más funcional que espacial. Interviene cuando, por ejemplo, una persona consulta un número de teléfono en la guía y mantiene en su mente los dígitos que lo componen repasándolos continuamente hasta que realiza la llamada; o cuando recordamos la cara de un amigo al que imaginamos cómo le habrá crecido el pelo. Se caracteriza porque los símbolos con los que se está trabajando se mantienen en ella mientras que les prestamos atención y los estamos usando. Tan pronto nos dedicamos a otra cosa, decaen rápidamente.

La MT está basada en tareas fundamentalmente de recuerdo inmediato; también se caracteriza por su capacidad limitada. (Difícilmente podemos trabajar mentalmente con más de 6 ó 7 elementos independientes a la vez). La información de la MT puede ser de dos grandes tipos: a) **palabras**, o información verbal en general, y b) **imágenes**. En su origen, la información puede provenir, tanto de fuentes internas como externas.

En toda situación de aprendizaje, la información presente es mantenida primero en la MT, sea en forma de palabras o imágenes, mientras le estemos prestando atención (Santiago de Torres, J., Torny Mejías, F., Gómez Milán, E., 2001:113).

La **Memoria a Largo Plazo** (MLP) es el conjunto de elementos de que disponemos de forma relativamente permanente. Consta de una gran variedad de conocimientos diferentes. Por ejemplo, incluye:



Conocimiento Episódico: Conocimientos marcados con fecha y lugar. Constituye el conocimiento que, intuitivamente, todos sabemos que adquirimos y recordamos, por ejemplo, qué pasó en determinada situación concreta y cuándo ésta tuvo lugar. Este tipo de conocimiento comparte con el semántico la posibilidad de ser transmitido mediante el lenguaje.

Conocimiento Semántico: Incluye los conocimientos generales de los que no sabemos cómo ni dónde los aprendimos, por ejemplo, que los objetos de cristal se rompen si se les golpea o el aspecto de los coches de carreras.

Conocimiento Procedimental: Incluye los conocimientos acerca de cómo se hacen algunas cosas, que son difícilmente expresables en palabras, es decir, que no se pueden transmitir de forma efectiva mediante el lenguaje, por ejemplo, montar en bicicleta o nadar.

La MLP se considera de capacidad ilimitada, pues nadie ha sido capaz todavía de medir la máxima cantidad de información que los seres humanos son capaces de aprender. Son conocimientos que están en la MLP y cuando los necesitamos, podemos recuperarlos y utilizarlos. En esos momentos, esos símbolos pasan a estar activos en la Memoria de Trabajo (MT).

El problema de la memoria no es de espacio, sino de estructuración. Es el conocimiento existente el que permite descubrir la organización interna presente en el material, y al descubrir ésta, se crean simultáneamente vínculos en el conocimiento previo que se está utilizando para imponer esa organización.

La cantidad de información a aprender sólo es un problema cuando está desestructurada (Santiago de Torres, J., Torny Mejías, F., Gómez Milán, E., 2001: 116).

Si conseguimos dotar de estructura el material e integrarlo en la estructura de los conocimientos ya existentes, la cantidad de contenido que una persona es capaz de saber y utilizar puede no tener límites.

Tratando de aplicar los conceptos teóricos que quedan expuestos, a la circunstancia de la edad, podemos extraer algunas conclusiones que se sintetizan así: Por lo que respecta a la memoria sensorial, apenas si se ve negativamente influenciada con la edad, salvando –claro está– las deficiencias sensoriales naturales derivadas del funcionamiento de los propios órganos de los sentidos, con el paso del tiempo en la persona.

La Memoria a Corto Plazo, que hemos llamado Memoria de Trabajo (MT) tampoco queda excesivamente deteriorada con el paso de los años, especialmente en tareas de recuerdo o reconocimiento que no requieren reorganización del material, procesos de control, división de la atención, o rapidez en la respuesta.

La Memoria a Largo Plazo (MLP) sí parece estar condicionada por la edad. Hay problemas de codificación, recuperación y paso de la Memoria de Trabajo a la Memoria a Largo Plazo. Los problemas de procesamiento de la información que sufre el anciano están relacionados:

a) Con el nivel de procesamiento. Los ancianos cosechan resultados peores que los jóvenes cuando es necesaria una elaboración más profunda del material a recordar.

b) Con el tipo de material a memorizar. En tareas de laboratorio, el joven aventaja claramente al anciano. No así en tareas cotidianas, familiares y significativas para el anciano.

c) Con la educación recibida. A un nivel educativo más alto, el anciano obtiene mejores resultados en tareas de recuerdo.

d) Con la motivación para usar reglas mnemotécnicas.

Aunque es posible que existan problemas de memoria semántica, el mayor deterioro se observa en la memoria episódica. Las personas mayores tienen más dificultades que las jóvenes para recordar lo que estaban haciendo.

También está comprobado que la **memoria procedimental** no se deteriora con la edad. (Memoria de habilidades relacionada con el saber hacer las cosas: conducir, tocar la guitarra o escribir a máquina).

En general se cree que el almacenamiento en la memoria a largo plazo es tan eficiente en las personas mayores como en los jóvenes, y si a veces los ancianos no son capaces de recuperar una información no es porque la olviden sino porque no encuentran la clave que la haga accesible (Bueno y Vega, 1994 en Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 1999: 88-89).

Cada anciano posee su propia capacidad y eficacia de memoria.

Las posibles diferencias de memoria entre personas mayores dependen de variables múltiples como personales, materiales o del tipo de procesamiento, a saber:

VARIABLES PERSONALES, como desarrollo previo, edad, ocupación anterior, salud, aptitud intelectual, educación, conocimientos adquiridos, autoconcepto, autoevaluación de la memoria y estado afectivo.

Con relación a las variables del material, cuanto más familiar y significativo es el material a memorizar y mayor validez ecológica tiene, menores son los problemas de memoria y menores las diferencias entre edades. Pueden intervenir finalmente las variables derivadas del tipo de procesamiento: automáticos o forzados; rápidos o lentos;

1.- El envejecimiento no produce un declive uniforme en los procesos de memoria;

2.- Mientras puede haber un declive con la edad, en la memoria episódica, no ocurre lo mismo con la memoria semántica, según se ha afirmado más arriba.

3.- Que no todas las personas mayores presentan deterioro en este aspecto.

4.- Que las diferencias de memoria a largo plazo, en función de la edad, se reducen considerablemente cuando se ofrecen ayudas o claves en el momento de la codificación o en la recuperación, o cuando el anciano se entrena o practica.

5.- Si el nivel de aprendizaje inicial es semejante en sujetos de diferentes edades, las tasas de olvido también resultan semejantes.

Frente al concepto de declive de otras épocas, hoy se insiste en la gran plasticidad de la memoria a través del entrenamiento, lo que explicaría las diferencias individuales en memoria y envejecimiento (Hultsch y Dixon 1990). Los hechos demuestran que personas de más de 80 años, aunque tengan pérdidas, viven de forma independiente, funcionan bien intelectualmente y no padecen más ansiedad, depresión o infelicidad que los jóvenes (Belsky, 2001 citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.L., 2003: 22). El deterioro de la memoria puede estar asociado a la vejez, si bien hay que afirmar que vejez no es sinónimo de demencia. Además del deterioro normal de la memoria, existen otros deterioros asociados a la enfermedad, como la senilidad y la enfermedad de Alzheimer que sólo las padece una parte de la población anciana, y que de forma poco objetiva se tiende a generalizar a toda la población.

La senilidad alcanza, como mucho, el 15% ó 30% de la población superior a los 85 años, y sólo a un 3% ó 4% de la población mayor de 65 años (Craig, 2001 citado por Latorre Postigo J.L., Montañés Rodríguez, J., 2005:242).

Son personas que tienen dificultad para el pensamiento abstracto y para mantener la atención, que repiten una y otra vez las mismas frases, que muestran una gran lentitud de pensamiento, y que tienen dificultades para recordar hechos recientes. Todo lo cual les dificulta para llevar una vida normal. Su causa es un deterioro cerebral irreversible.

Por su incidencia, por su novedad y por su trascendencia, merece capítulo aparte dentro del deterioro de la memoria, la enfermedad del siglo XXI, conocida como la **enfermedad de Alzheimer** que se asocia a factores degenerativos, traumáticos o infecciosos del córtex cerebral. Los ancianos que la padecen presentan en el córtex gran cantidad de placas seniles o estructuras ovaladas mucho más grandes que las neuronas y que se forman a consecuencia de la degeneración neural. Dentro de la neuronas se observan acumulaciones anormales de material filamentosos, a las que Alzheimer llamó “marañas neurofibrilares”. La enfermedad de Alzheimer lleva al paciente a una progresiva pérdida de la memoria. Se da en un 5% de la población anciana.

Comienza con olvidos cada vez más graves que llevan al sujeto a la desorientación, confusión y ansiedad. Poco a poco se va perdiendo la capacidad de valerse por sí mismo y termina en una demencia total, que no le permite conocer ni a sus familiares más allegados, ni realizar las tareas más simples.

La pérdida de memoria de los enfermos de Alzheimer es prácticamente generalizada: muestran déficit tanto en la memoria a corto plazo como en la memoria a largo plazo; presentan deterioro en la memoria primaria u operativa, en la memoria secundaria, en la memoria remota y en la memoria semántica y episódica. Prácticamente ha sido una enfermedad desconocida hasta la segunda mitad del siglo pasado. Actualmente presenta una creciente prevalencia e incidencia debido a la mayor esperanza de vida y a la disminución de la mortalidad, llegando a valores que superan el 50% de los enfermos demenciados mayores de 65 años.

La aparición de una demencia tipo Alzheimer en un individuo va a cambiar sin lugar a dudas su vida y la de sus familiares. A la ya aludida pérdida de memoria, sucede la incapacidad de pensar con lógica, de aprender, de recordar, de planificar su futuro así como de controlar y/o detener los comportamientos complejos.

Todos estos cuadros además se acompañan de cambios afectivos y emocionales que alteran aún más la normal convivencia entre el enfermo y quienes le rodean.

Se añade una progresiva dificultad para realizar las tareas cotidianas e incapacidad cada vez más manifiesta de tomar decisiones sobre su vida y sus cuidados, y todo ello con la poca o nula conciencia de que están enfermos. Situación que provoca en las personas que le cuidan una sobrecarga de cuidados al tener que satisfacer continuas demandas, con el consiguiente incremento del estrés del cuidador.

Tomando como punto de partida el **desarrollo emocional y social** en la vejez hay que tener en cuenta que esta etapa final de la vida de las personas es uno de los períodos de la vida más susceptibles a los problemas afectivos debido a las circunstancias que pueden concurrir: pérdida de seres queridos, experiencia de la soledad, abandono, enfermedad,.. etc.

En la vejez, de alguna forma se manifiesta lo que ha sido característico de la persona a lo largo de su vida. Así, la personalidad, los intereses, la inteligencia, el estado de salud, las relaciones sociales, el nivel de ingresos y, sobre todo, las actitudes son algunos factores a tener en cuenta en el estudio de la afectividad en el anciano.

Aunque envejecer no equivale a deprimirse, es cierto que la confluencia negativa de ciertos factores asociados a la edad, predisponen a la depresión.

Con los datos disponibles no se puede confirmar la creencia común de que la depresión aumenta con la edad y de que es mayor, en consecuencia, durante la vejez. Pero aunque no haya más tasa de depresión en la vejez, sí que parece que la depresión en la última etapa de la vida es diferente fenomenológicamente a la de épocas más tempranas. Respecto a la edad, encontramos diferencias significativas entre los intervalos de edad (60-69, 70-79, 80 y más). En cuanto al género, la prevalencia de la sintomatología depresiva es significativamente mayor, en todos los intervalos de edad, en las mujeres que en los hombres. Existe una controversia, todavía no resuelta, con respecto a las diferencias de salud mental en razón del género.

Siendo el **nivel de estudios** la variable que mejor predice el deterioro cognitivo, cuando se iguala el nivel de estudios en hombres y mujeres, desaparecen también las diferencias por género en el deterioro cognitivo (Montañés, Latorre y Castejón, 1996 citado por Latorre Postigo J.M., Montañés Rodríguez, J., 2005: 254).

La interrelación anteriormente indicada entre depresión y deterioro cognitivo es especialmente importante a partir de los 80 años. La depresión no es un trastorno afectivo frecuente entre los ancianos. La población anciana depresiva no suele pasar de un 7%, aunque evidentemente son muchos más los que presentan síntomas depresivos. Es cierto que determinados fenómenos, como la depresión, aparecen con la edad. Las tasas de demencia se doblan cada cinco años, si bien los que gozan de un nivel educativo más elevado, tienen menos riesgo o parece que están más protegidos de sufrir demencia (Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J, L., 1999: 100).

La depresión se relaciona en ocasiones con la soledad. El sentimiento de soledad se experimenta tanto en situaciones en las que el individuo está solo como cuando está acompañado, pues depende más del estado de ánimo del sujeto que de la posible compañía que tenga. Diversos estudios confirman que el porcentaje de ancianos que confiesan sentirse solos se encuentra alrededor del 10%, por lo que la idea estereotipada de que el anciano es una persona aislada, sola y abandonada no responde en la mayoría de los casos a la realidad.

Por lo que respecta al desarrollo social en la vejez, hay que partir de la base para la consideración del fenómeno, de que además de ser un hecho biológico y psicológico, la vejez es también un hecho social, de tal modo que existen circunstancias sociales que marcan, condicionan y alteran a veces, con su influencia el proceso de envejecimiento tanto social como afectivo y cognitivo, como por ejemplo:

Marginación social; la jubilación y pérdida de los seres queridos; el concepto y la estima que la sociedad tenga de sus mayores; las alternativas que la sociedad les ofrezca para su ocio y su salud física y mental; el tipo de estructura familiar en cada momento histórico.

En el proceso de envejecimiento podemos encontrar como factores de cambio, tanto los acontecimientos normativos, como los acontecimientos no esperados o no relacionados con la edad. Tanto unos como otros suponen un cambio una reestructuración vital, que conlleva un aumento de estrés y que pone en marcha unas estrategias de afrontamiento personales.

B) La dependencia como causa del maltrato

La tasa de mortalidad por edad –como ya se ha dicho- sigue descendiendo entre los mayores, mientras que a su vez aumenta la tasa de morbilidad hospitalaria, por lo que existe la posibilidad de un crecimiento de la población de edad en situación de fragilidad, con enfermedades crónicas y degenerativas viviendo más tiempo.

Enfermedades circulatorias, tumores, respiratorias y mentales/nerviosas son, por este orden, las causas más importantes de muerte. Hace cincuenta años, el orden era: circulatorias, respiratorias e infecciosas. Se puede hablar de una clara transición epidemiológica, con pérdida de importancia de las enfermedades infecciosas y avance de las degenerativas. El alzheimer es una plaga actual.

Entre otras enfermedades discapacitantes y que son causa de muerte, destacan las osteomusculares, que aumentan en todas las edades en fuerte proporción y su mortalidad se retrasa bastante a edades superiores.

Pero destacan sobre todo las enfermedades mentales como causa de muerte, que se han quintuplicado en las edades más avanzadas (85 y más años) en los últimos quince años, y el patrón de mortalidad se ha retrasado notablemente.

Lo mismo sucede con las enfermedades del sistema nervioso.

Los tumores siguen aumentando ligeramente.

La percepción negativa del estado de salud es más determinante de sufrir riesgo de dependencia – cuya incidencia en algunas formas de maltrato es indiscutible- que el hecho de padecer una o varias enfermedades. Uno de cada cinco mayores percibe su salud como mala o muy mala, en contraste acusado con el resto de la población, si bien la mayor parte de las personas de edad consideran buena su salud.

Las mujeres suelen percibir peor su salud que los varones sin que se haya podido determinar qué parte de esa diferencia es debida propiamente al género, a los ingresos (más bajos entre las mujeres de edad), a la viudez y soledad (más alta entre las mujeres) o al nivel de instrucción (bastante más bajo entre mujeres de edad).

Con la edad se produce un deterioro de la salud, un aumento de las enfermedades padecidas y un mayor recurso a la asistencia hospitalaria. En definitiva: más enfermos crónicos viviendo más tiempo.

Las enfermedades que más dependencia motivan no son fatales, sino que se cronifican. Más de un 60% de los mayores confiesa padecer alguna enfermedad crónica diagnosticada por el médico, y una proporción más elevada entre el sexo femenino.

La mayor carga familiar la generan las enfermedades mentales y neurodegenerativas, además de las cardiovasculares, oncológicas y osteoarticulares. La tecnología médica ha conseguido que estas causas no sean mortales en el corto plazo, ha conseguido alargar la vida sin restaurar muchas veces su funcionamiento, lo que genera situaciones de fragilidad y dependencia. El 34'7% (1998) de los ingresados en hospitales son personas de edad en un proceso creciente (1991: 25'8). También ocupan el 48'9% de todas las estancias en hospitales, en mayor proporción cuanto mayor es la edad y también con una evolución creciente. El 77% de los ingresados por enfermedades cerebrovasculares son personas de edad y, en general los ingresos siguen un patrón similar a las causas de muerte y superan en porcentaje al resto de los grupos de edad en enfermedades circulatorias, respiratorias y tumores.

El 30% de los mayores declaran que dolencias de articulaciones y musculares (artrosis, reuma, dolor de espalda, lumbago) les han limitado su actividad en el último año considerado; le siguen en importancia las dolencias de tipo circulatorio y enfermedades del corazón y los traumatismos (luxaciones y fracturas).

Cuando los ancianos necesitan ayuda suelen recurrir a la familia cercana, (cónyuge, hijos) que funciona como refugio y red de apoyo. Este apoyo familiar de cuidados está muy arraigado en nuestra sociedad y se considera una obligación moral que se realiza de forma callada, pero en muchos casos con gran sufrimiento.

La necesidad de ayuda de una tercera persona para la realización de actividades cotidianas se sitúa entre un 12% de los mayores (dependencia moderada y grave) y un 26% (incluyendo la leve).

Las mujeres, las personas de más edad y las viudas tienen un mayor riesgo de caer en dependencia. A partir de los 75 años, casi la mitad de la población tiene problemas para algunas actividades diarias (básicas o instrumentales) y para uno de cada cinco son graves.

La edad media en la que se inicia la dependencia y la necesidad de ayuda se sitúa en los 72 años, siendo también más elevada entre viudos que entre solteros y casados. La razón es sobre todo biológica: los viudos tienen más edad media que los solteros y casados⁷⁴.

⁷⁴ Ante la crisis de este tipo de comportamientos, vamos a aportar en nuestro apartado de propuestas, una solución parcial: el voluntariado

La ayuda a la que nos referimos, también denominada ayuda informal es la asistencia aportada a personas dependientes por un miembro de la familia o alguien próximo a la misma, por ejemplo amigos, sin remuneración, y sobre la base de relaciones personales estrechas (Puga González, M.D., 2002: 124-142) .

Los **niveles de victimización varían según el nivel dependencia**, entendiendo como tal la incapacidad de la persona mayor para valerse por sí mismo en las actividades más elementales y necesarias de la vida, lo que origina la necesidad de recibir ayuda por parte de otras personas. La dependencia aumenta con la edad, siendo los principales riesgos de caer en dependencia: ser mujer, viuda y con bajos ingresos.

La necesidad de ayuda de una tercera persona para la realización de actividades cotidianas se sitúa entre un 12% de los mayores (dependencia moderada y grave) y un 26% (incluyendo la leve). Las mujeres, las personas de más edad y las viudas tienen un mayor riesgo de caer en dependencia. A partir de los 75 años, casi la mitad de la población tiene problemas para algunas actividades diarias (básicas o instrumentales), y para uno de cada cinco son graves⁷⁵.

Según los datos de la “Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud” (INE, 1999), que sigue la terminología de la Clasificación Internacional de Discapacidades (OMS): el 32’2% de las personas de edad tienen alguna discapacidad (2.072.652); de ellos, casi el 70% tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria; y en el 68% de estos casos (967.713), esa dificultad es grave.

La edad media en que se inicia la dependencia y la necesidad de ayuda se sitúa en los 72 años, siendo también más elevada entre viudos que entre solteros y casados. La razón es sobre todo biológica: Los viudos tienen más edad media que solteros y casados. (Abellán García, A., 2002:32).

En ocasiones, se ha magnificado el volumen cuantitativo de la dependencia a partir de estereotipos negativos que luego no se corresponden con la realidad. Por ejemplo, frente a la creencia de que todas las personas mayores presentan déficit en sus habilidades funcionales, se ha comprobado que nueve de cada diez personas entre 65 y 70 años, ocho de cada diez entre los 70 y 75 años y siete de cada diez entre los 76 y los 80 años realizan con autonomía la mayoría de sus actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 1992, citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 2004:21).

⁷⁵ MSC. Encuesta Nacional de Salud, 1997.

Todos los estudios realizados coinciden en atribuir al grado de dependencia un mayor riesgo de recibir maltrato.

En cuanto a la **negligencia en el cuidado físico**, parecen variables influyentes la dependencia para vestirse, asearse, y parece que especialmente para alimentarse. No se aprecian diferencias notables con relación a la negligencia en el cuidado físico, entre quienes tienen problemas de movilidad y quienes no los tienen, ni sobre todo entre quienes controlan los esfínteres y quienes no los controlan, ya que todas esas personas sufren en proporciones parecidas, y también altas, la falta de atención en el cuidado físico. La **negligencia en el cuidado psicoafectivo** es el segundo tipo de abuso que sufren más las personas de la muestra. Parece que aquellas personas que son dependientes de otras para el aseo personal, la alimentación y el control de esfínteres, son las que pueden sufrir más este tipo de negligencia.

De la misma fuente que las tablas anteriores, extraemos datos por fin, teniendo en cuenta los tipos de dependencia y su posible relación con las diversas modalidades de maltrato:

Tabla 16.- Tipo de negligencia y maltrato según dependencia

TIPOS DE DEPENDENCIA	Vestido		Aseo personal		Movilidad		Alimentación		Control de esfínteres	
	SÍ	NO	SI	NO	SÍ	NO	SI	NO	SI	NO
Negligencia cuidado físico:	85	49	76	53	74	67	79	59	74	71
Negligencia C. psicoafectivo	44	46	47	35	46	42	48	38	56	38
Maltrato físico	5	12	9	0	9	4	9	6	3	10
Maltrato psicoafectivo	19	46	29	24	27	33	22	38	27	29
Abuso material	12	21	15	18	13	21	19	9	12	17

Fuente: Hurkoa, 2006

Llama la atención que el 46% de quienes no tienen problemas para vestirse sufra este tipo de maltrato frente al 19% de quienes sí tiene problemas. Algo semejante ocurre, aunque en menor proporción, en relación con quienes no tienen problemas para alimentarse, que sufren maltrato psicoafectivo, en una proporción del 38% frente al 22% de quienes dependen de alguien.

En relación al **abuso material**, el 21% de las personas que son autónomas para vestirse, sufre este tipo de abuso, frente al 12% de quienes son dependientes.

Y algo semejante, entre quienes no tienen problemas de movilidad, pues el 21% del grupo sufre este tipo de abuso frente al 13% de los dependientes.

Parece posible que la necesidad de limpieza corporal, la mayoría de las veces por parte de otras personas, pueda conllevar por quien la realiza actitudes y gestos de disgusto, desagrado y reproche hacia la persona dependiente. En cuanto al vestido y a la movilidad no se observan diferencias en cuanto a ser dependiente o independiente.

Con respecto al **maltrato físico**, hay que tener en cuenta que sólo se ha observado en 8 casos, con estas peculiaridades:

Precisamente en las personas que son autónomas para el vestido, lo sufre un 12% y un 5% quienes son dependientes.

En el caso del control de esfínteres, lo sufren el 10% de quienes no son dependientes, frente al 3% de quienes sí lo son.

No aparece maltrato entre quienes son autónomos para el aseo personal.

7.- OTROS FACTORES DE RIESGO. SITUACIONES Y PERFILES

7.1.- Otros factores de riesgo

Como queda reflejado en el capítulo anterior, los dos factores esenciales de los que deriva el maltrato a las personas mayores son el envejecimiento y la dependencia. Sin embargo existe otra serie de circunstancias que anejas a las ya tratadas pueden tener influencia directa o indirecta en la producción del fenómeno. Globalmente, los factores de riesgo más ampliamente reconocidos se han descrito en la literatura asociados a la presencia de los diferentes tipos de MTPM y se han dividido clásicamente en estos apartados: (Sánchez del Corral Usaola, F., Ruipérez Cantera, I. “Violencia en el anciano” IMSERSO. 2004. Informe Portal de Mayores, nº 21)

FACTORES DE RIESGO: AGRESOR, VÍCTIMA, CONTEXTO	
FACTORES ASOCIADOS AL AGRESOR	Sobrecarga de cuidador. Depresión. Abuso de alcohol. Pobreza. Enfermedad mental. Trastornos de personalidad. Dependencia de la víctima; económica, emocional, vivienda... Enfermedad física crónica. Aislamiento social
FACTORES ASOCIADOS A LA VÍCTIMA	Deterioro físico. Dependencia financiera. Demencia. Dependencia física. Dependencia emocional. Antecedentes de maltrato doméstico. Aislamiento social. Edad superior a los 75 años. Sexo femenino. Viudedad. Deterioro reciente de la salud. Baja autoestima. Depresión. Cambio frecuente de domicilio y de centro sanitario
FACTORES CIRCUNSTANCIALES	Mala relación familiar previa. Problemas económicos. Falta de recursos sociales de apoyo. Recibir ayuda social. Sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios. Falta de iniciativa de los profesionales sanitarios.

FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES	
ASOCIADOS A LA VÍCTIMA (OMS, 1988)	<p>Más frecuentemente es mujer. Supera los 75 años.</p> <p>Deterioro físico. Es viuda o separada.</p> <p>Dependencia financiera. Aislamiento social</p> <p>Tiene severos deterioros funcionales y/o cognitivos.</p> <p>Muy dependiente de sus cuidadores para las AVD.</p> <p>Con molestos fallos cotidianos (incontinencias, agresividad,...).</p> <p>Su principal cuidador, familiar con más los 55-60 años de edad.</p> <p>Antecedentes de lesiones físicas, a veces recurrentes, detectadas por los servicios sociosanitarios. Antecedentes de maltrato.</p> <p>Mala higiene, plurimeditada, incluso malnutrida.</p> <p>Gran soledad. No es visitada ni consolada por nadie.</p> <p>Baja autoestima. Cambios frecuentes (domicilio, sanitario,..)</p>
ASOCIADOS AL MALTRATADOR	<p>Suele ser un hijo/ a adulto. Cuidadores en la Instituciones.</p> <p>Los hijos varones, sobre todo, aunque otros señalan a las hijas.</p> <p>Sobrecarga de cuidador. Depresión. Pobreza.</p> <p>Aislamiento social. Enfermedad física crónica.</p> <p>Trastornos de personalidad. Enfermedad mental.</p> <p>Dependencia de la víctima (vivienda, economía,...)</p> <p>El abuso del alcohol o drogas. Propensión al estrés.</p> <p>El maltratador suele ser también violento en otros contextos.</p>
ASOCIADOS AL ENTORNO	<p>Mala relación personal previa. Problemas económicos.</p> <p>Transmisión intergeneracional de la violencia.</p> <p>Normalización de la violencia.</p> <p>Discriminación por edad: edadismo.</p> <p>Falta de iniciativa y/o sobrecarga de los profesionales.</p>
ASOCIADOS A LAS INSTITUCIONES	<p>Cuando el personal recibe poco apoyo de la gerencia.</p> <p>Falta de formación. Recibir indicaciones inadecuadas.</p> <p>Tener baja autoestima. Bajos principios morales.</p> <p>Trabajar aisladamente. Escaso nivel en la gerencia.</p> <p>Excesiva falta de personal. Poca dirección del exterior.</p> <p>Pobre comunicación con el mundo exterior.</p>

Realmente los factores de riesgo en la persona mayor están muy vinculados a la vulnerabilidad social, económica, a los índices de fragilidad físicos y psíquicos, a sus progresivas pérdidas sensoriales Pillemer K. Finkelhor. 1988. (The Gerontologist, 28, pag. 51-57). Según podríamos hablar de los siguientes factores de riesgo a nivel familiar y a nivel institucional.

FACTORES DE RIESGO A NIVEL FAMILIAR E INSTITUCIONAL	
NIVEL FAMILIAR	<p>Lentitud funcional.</p> <p>Pérdida intelectual.</p> <p>Comportamiento violento o trastornos mentales.</p> <p>Cuando el cuidador depende de su víctima.</p> <p>Cohabitación.</p> <p>Aislamiento social.</p> <p>Historia de violencia, etc.</p>
NIVEL INSTITUCIONAL	<p>Acciones referidas a acciones por exceso o por defecto procedentes de profesionales, voluntariado o parientes que le visitan.</p> <p>Falta de cualificación del personal.</p> <p>Incorrecta aplicación de la normativa vigente, etc.</p> <p>Personal “quemado”, el cual presenta cierta predisposición a realizar actos violentos contra los mayores.</p> <p>Ambientes estresantes aumentan el riesgo de padecer el síndrome del “quemado”.</p> <p>Agotamiento físico, psicológico y profesional del personal cuidador.</p> <p>Acogida deficiente e insalubridad.</p> <p>Rigidez de los horarios.</p> <p>Animación sociocultural excesiva o infantilización de la misma.</p> <p>Cambios bruscos de habitación o habitat.</p> <p>Falta de ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria.</p> <p>Atentados a la intimidad de las personas mayores.</p> <p>Carencia de informes con cifras estadísticas y resultados sobre programas de intervención a nivel individual y comunitario.</p>

Los factores de riesgo en las instituciones pueden ser varios (Juklestad, 2001):

Cuando el personal recibe poco apoyo de la gerencia; falta de formación; recibir indicaciones inadecuadas; tener baja autoestima; bajos principios morales; trabajar aisladamente; escaso nivel en la gerencia; excesiva falta de personal; poca dirección del exterior; pobre comunicación con el mundo exterior. (Bazo, M^a.T., 2006: 49).

Ciñéndonos al maltrato en el ámbito institucional, de la obra citada “Violencia, abuso y maltrato de personas mayores” (Javato Martín, M. y Montserrat de Hoyos Sancho. Tirant. Valencia, 2010: 151) se reproducen los denominados factores de riesgo del profesional cuidador, que vienen a incidir en unos u otros partícipes del cuidado a mayores y se resumen así:

“ a) En quienes cuentan con mayor formación académica en el ámbito sanitario (médicos, ATS, fisioterapeutas), la falta de especialización en geriatría, la dedicación a la atención de los mayores por razones fortuitas y circunstancias, el corporativismo, la escasez de la geriatría como especialidad sanitaria, la falta de plantas geriátricas en hospitales y la escasez de profesionales en el conjunto del sistema sanitario.

b) En quienes cuentan con mayor formación académica en el ámbito de la atención social-psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales: la falta de especialización gerontológica, la dedicación a la población por razones fortuitas, la poca especificidad del contenido de su trabajo, el corporativismo, las gerencias de las instituciones que desvirtúan sus funciones profesionales y la escasez de profesionales en el conjunto del sistema de atención institucional.

c) En los profesionales con menor nivel de formación en el ámbito sanitario – auxiliares de clínica y de atención domiciliaria-: deficiente formación básica y especialización rápida e incompleta, la dedicación profesional a la población mayor por razones fortuitas, la dureza del trabajo, tanto física como psíquica, la falta de reconocimiento profesional, el desprestigio social, la desmotivación y el cansancio profesional (síndrome de “Burnout”).”



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS PROFESIONALES		
TRABAJADORES	FORMACIÓN	FACTORES RIESGO PROFESIONAL
Médicos ATS Fisioterapeutas	Académica. Sin especialización en Geriatría	Dedicación a este trabajo por razones fortuitas. Corporativismo. Falta de plantas geriátricas. Escasez de Geriatría como especialidad sanitaria. Escasez de profesionales en el sistema.
Psicólogos Trabajadores Sociales Terapeutas Oc.	Falta especialización gerontológica	Dedicación a este trabajo por razones fortuitas. Corporativismo. Poca especificad del contenido del trabajo. Gerencias que desvirtúan funciones profesionales. Escasez de profesionales en el sistema.
Auxiliares de Clínica y de Atención Domiciliaria	Menor nivel de formación básica y especialización rápida e incompleta	Dedicación profesional a la población mayor por razones fortuitas. Dureza del trabajo, tanto física como psíquica. Falta de reconocimiento profesional. Poco prestigio social. Desmotivación y cansancio profesional. (Síndrome de “Burnout”).

Como **factores de riesgo detectados en los grupos afectados**, podemos resumir:

- a) Factores derivados de realidades con aislamiento (mayores solos) y dependencia (distintos niveles de discapacidad).
- b) Los relacionados con lazos emocionales y residuos culturales. Los padres que maltrataron a sus hijos tienen mayor riesgo.
- c) Los que tienen que ver con el estado físico y mental del anciano. El estado de deterioro estimula el estrés del cuidador.
- d) Factores relativos al estado mental del cuidador que proyecta en su víctima la problemática que le es propia.
- e) Los relativos a la situación económica. Como en la mayoría de los ámbitos de la vida, las carencias económicas agravan los riesgos.
- f) Factores institucionales.

El maltrato desde la perspectiva de la persona maltratada ha sido tratado por la investigadora estadounidense Suzanne Steinmetz (1993: 222-236), citada por Bazo, M^a.T. 2006: 44) que vuelve a referirse al estrés que experimentan las personas cuidadoras de personas ancianas dependientes y que puede conducirles a situaciones de abuso y maltrato, considerando no obstante que igualmente puede suceder por la dependencia del maltratador ante la persona maltratada.

Incide en la dependencia como la incapacidad de una persona para realizar por sí misma las actividades de la vida cotidiana, lo que deriva en una relación ilimitada entre dependencia y abuso, considerando que vivir juntos es un factor añadido de riesgo.

Esta autora distingue tres casos en los que las personas mayores se encuentran en riesgo: a) El de la persona anciana maltratada por hijos/ as adultos que la cuidan; b) El maltrato del cónyuge. (También en maltrato a ancianos); c) El maltrato de hijos/as adultos que están discapacitados física, mental o emocionalmente y que son dependientes de los ancianos.

Y vuelven a incidir en la idea del estrés (Duffy y Momirov 1997: 109-113, en Bazo, M^a.T., 2006: 45) y de los elementos estresantes que pueden surgir de problemas mentales, abuso de drogas y alcohol, una historia de violencia, desempleo, exceso de responsabilidades en el cuidado e incluso la percepción de dependencia.

Rosalie Wolf proporciona una categorización que contiene las características de la persona maltratadora y de la que incluye tres tipos diferentes de perfiles (Biggs, Phillipson y Kingston, 1995:43) de donde derivan estas conclusiones:

1.- Las víctimas de abuso físico y psicológico tienden a estar bien físicamente pero tienen problemas emocionales. Es frecuente tener detrás una historia de alcoholismo o enfermedad mental, suelen vivir con la víctima y depender de ella.

2.- Las víctimas de negligencia son generalmente muy ancianas y discapacitadas mental y físicamente, con poco apoyo social.

3.- Las víctimas de abuso económico o material tienden a no ser casadas y sus relaciones sociales son limitadas.

El maltrato desde la perspectiva de la persona maltratadora se trata por diversos investigadores: (Duffy y Momirov, 1997: 112 citado por Bazo, M^a.T., 2005:43) y consideran que en muchos casos la persona maltratadora suelen ser un hijo/ a adulto. Los hijos varones, sobre todo, aunque otros señalan a las hijas. El abuso del alcohol por parte de los familiares maltratadores es otra característica hallada, como lo es la propensión al estrés por parte de la persona cuidadora.

El **maltratador** suele ser también violento en otros contextos. Este tipo de maltrato puede darse tanto en el entorno familiar como en el ámbito institucional. Con respecto al maltrato físico, la mayoría de los maltratadores son cónyuges, lo que puede confundir acerca de si se trata de violencia doméstica o maltrato entre ancianos. Desde la perspectiva actual se entiende que el hecho de que una persona se encuentre en riesgo de sufrir maltrato es más bien debido a las características del perpetrador que a las de la propia víctima.

Partiendo de los Estados Unidos se ha ido abriendo camino una corriente de conocimiento y análisis del problema del maltrato que pone el énfasis en **la patología y la dependencia de la persona maltratadora** (Pillemer 1993: 237-249, en Bazo, M^a.T., 2006:42), Karl Pillemer participa de la idea de que el énfasis en la víctima tiene que ver con la estrategia de quienes han tratado de llamar la atención sobre la existencia del problema, y hacerlo visible socialmente, al tiempo que podían obtener recursos para tratarlo.

Una persona anciana dependiente como víctima principal de abusos puede obtener y justificar la asignación de recursos, lo que lleva a Pillemer a considerar en esta perspectiva una alta dosis de **edadismo**, pues lleva a caracterizar a las víctimas como frágiles, vulnerables, e incapaces de cuidar de sí mismas.

Todo ello produciría el estrés de las personas cuidadoras, lo que conduciría a las personas ancianas a encontrarse en situación de grave riesgo de sufrir maltrato. Es una apreciación que ha tenido resultados en sentido contrario por los mismos autores. No obstante el mismo Pillemer encuentra una diferencia estadísticamente significativa para la dependencia económica. Otra característica hallada es el abuso del alcohol por parte de los familiares maltratadores, apareciendo en alguna investigación como el predictor más consistente de maltrato. También se ha encontrado que las personas maltratadoras suelen ser además violentas en otros contextos.

Se considera, por otra parte, que en la creación de la autoimagen influye tanto la percepción que la persona cuidadora tiene de su relación anterior con la persona cuidada, así como el grado de adecuación entre la situación actual y esa imagen. El maltrato sería consecuencia del intento de la cuidadora de mantener el control sobre la persona cuidada. (Bazo, M^a.T., Hurkoa Fundazioa, 2006: 43).

7.2.- Situaciones de riesgo en el maltrato a personas mayores

Analizando las causas de los malos tratos y las situaciones de riesgo, podemos intuir que existen muchas circunstancias que pueden favorecer la aparición de MTPM (Moya Bernal, A., Barbero Gutiérrez, J. (Coord.) “Malos tratos a personas mayores” Guía de actuación. IMSERSO, 2006: 47).

El envejecimiento como situación de riesgo ha sido tratado largamente en este mismo trabajo. Existen otras causas que favorecen la aparición del este fenómeno. Entre las más citadas se encuentran la dependencia (también tratada) en todos sus aspectos (clínica, funcional, mental, afectiva o socioeconómica) y el deterioro de las relaciones familiares.

Además, se han relacionado con la existencia del maltrato a las personas mayores diversas situaciones que tienen que ver con antecedentes de malos tratos, de aislamiento social, de psicopatología del responsable de la agresión y de desequilibrio de poder entre la víctima y el responsable de los malos tratos.

El comportamiento difícil de la persona mayor, la alteración del sueño y la incontinencia fecal pueden generar angustia severa en los cuidadores y ésta, junto con la vivencia del cuidador de estar sobrecargado, la reinversión de maltratado a maltratador, etc., dibujan escenarios propicios para los malos tratos.

Seguidamente se ofrecen cuadros sintetizados de diversas situaciones de riesgo asociadas, bien a la víctima; a los responsables; al entorno; a la propia Institución.

SITUACIONES DE RIESGO DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES	
ASOCIADAS A LA VÍCTIMA	<p>Deterioro físico para llevar a cabo las AVD.</p> <p>Dependencia psíquica. Alteración de funciones cognitivas.</p> <p>Dependencia emocional asociada a trastorno de estado de ánimo.</p> <p>El aislamiento social.</p> <p>Círculo de violencia familiar.</p> <p>Mujer mayor de 75 años.</p>
ASOCIADAS AL RESPONSABLE	<p>Cuidador desde hace mucho tiempo o con agotamiento.</p> <p>Aislamiento social del cuidador.</p> <p>Problemas económicos o dependencia económica de la víctima.</p> <p>Cuidador con estrés o crisis vital reciente.</p> <p>Abuso de drogas (alcohol, otras,...).</p> <p>Diferentes tipos de trastorno mental.</p> <p>Cuidador único, inmaduro o aislado.</p>
ASOCIADAS AL ENTORNO O ESTRUCTURALES	<p>Pobreza o falta de recursos.</p> <p>Discriminación de los mayores por edad.</p> <p>Imágenes estereotipadas –negativas- de la vejez como una carga.</p> <p>Relaciones intergeneracionales deficientes.</p> <p>Incumplimiento de leyes y normas.</p>
ASOCIADAS A LA INSTITUCIÓN	<p>Personal poco preparado o formado. Bajos salarios.</p> <p>Sobrecarga en el trabajo. Escasez de personal.</p> <p>Estructura física de la institución no adaptada a las necesidades de los mayores.</p> <p>Escasez de recursos materiales.</p> <p>Normas de funcionamiento inadecuadas.</p> <p>Tendencia a la obstinación diagnóstica y/ o terapéutica.</p> <p>Falta de controles e inspección</p>

7.3.- Los perfiles en el maltrato a personas mayores

Cada persona de esta sociedad es capaz de definir y desgraciadamente a veces padecer, el maltrato de una manera diferente más complejo que definirlo. El perfil del agresor es tan sencillo como ambiguo. “Hombre, varón, de sexo masculino...”

Ponerle cara al maltratador parece mucho más complicado porque según los expertos esta persona mantiene un modo de comportamiento social y conductual, que sólo se modifica cuando el caso es denunciado, pero hasta ese momento todos lo consideran como una persona dentro de la normalidad. (Miguel Lorente, médico forense y Secretario de Estado. Ministerio de Igualdad. Recogido en Miguel Núñez Bello. Revista SESENTA y más, 10/07/2008:49).

Muchos sociólogos se basan en los estudios que comenzaron Hamberger y Hastings en 1986 para clasificar al maltratador como un agresor con características de personalidad antisocial y tendencia a perpetrar actos con extrema violencia sexual y física (5-8%). Agresor con características de personalidad antisocial con tendencias a realizar actos con extrema violencia física y verbal, pero no sexual (30-40%), agresor sin un perfil psicológico marcado que realizan abuso verbal y físico, pero a niveles menos severos que los otros dos grupos (52-65%). Sin embargo para Lorente, el factor de riesgo más importante es “haber sido testigo o víctima de violencia por parte de los padres durante la infancia o adolescencia”. “La mayoría de los agresores desarrollan habilidades especiales a la hora de relacionarse con otras personas fuera del hogar. Son personas afables que intentan ganarse la confianza y el respeto de los demás, buscando la integración social en el terreno que le interesa a la sociedad. Sabe que será su mejor coartada y el argumento más rotundo a su favor en caso de que el caso trascienda a lo público.”

El **perfil de la víctima**⁷⁶ del maltrato a personas mayores suele caracterizarse por una serie de factores como ser mujer, viuda y mayor de 75 años de edad que vive con la familia o institucionalizada; tiene pocos ingresos y presenta gran fragilidad; gran vulnerabilidad emocional y psicológica; depende del cuidador para las actividades de la vida diaria; suele tomar más de cuatro fármacos al día y durante el último año ha sido visitada por un médico, una enfermera o un trabajador social.

⁷⁶ OMS, 1988.

En cuanto al perfil de la persona maltratada⁷⁷, el 80% son mujeres y el 20% son hombres. Debemos tener en cuenta que la mujer es más longeva y tiende a sufrir más enfermedades degenerativas y otras enfermedades discapacitantes. En los tipos de maltrato se pueden percibir las diferencias de género. En este sentido, mientras que entre los hombres se dan más casos de negligencia, entre las mujeres hay más situaciones de maltrato físico, psicológico, abuso material y los pocos casos de abuso sexual. Además, también son las más afectadas por la simultaneidad de varios malos tratos (50% de los casos). En cuanto a la incidencia de los tipos de maltrato, la negligencia es el más elevado (55%), seguido por la violencia física (15%) y la explotación económica (12%). En el ámbito institucional según algunos estudios basados en cuidadores/as, el 45% reconoce haber tenido alguna conducta maltratante, un 35% ha sido testigo de abusos físicos y un 80% de maltrato psicológico. Además, un 10% admite haber cometido algún acto de violencia física y otro 40%, haber maltratado verbalmente a alguna persona interna.

El **perfil del maltratador** obedece a las siguientes características generalmente admitidas por los expertos⁷⁸: Suele tener parentesco con la víctima (hijos/as, esposo/a, hermano/a); no acepta el papel de cuidador ni gusta asumir la responsabilidad que ello conlleva; depende del mayor desde el punto de vista económico; cuando hablamos del ámbito familiar, suele habitar con la víctima en la vivienda propiedad de esta última; habitualmente presenta conflictividad con la persona mayor y eventualmente puede ser consumidor de fármacos, alcohol o drogas o presentar antecedentes psiquiátricos o de alteración de la personalidad; suele ser persona con pobres contactos sociales; en las entrevistas, suele resultar hostil, suspicaz, irritable y frecuente sufre pérdida de control de las situaciones; suele poseer una historia previa de violencia familiar y con frecuencia está bajo efectos del estrés derivado de diversas causas (desempleo, problemas económicos y/o familiares, enfermedades crónicas); suele renunciar a ayudas médicas/sociales de la comunidad. Lleva mucho tiempo como cuidador (más de 9 años).

⁷⁷ Serv. Territoriales de Bienestar y Familia (actualmente Acción Social y Ciudadanía). Gerona, 2006.

⁷⁸ Hacemos referencia, en primer lugar, a las características del maltratador general –ámbito familiar- y singularizamos después las que se derivan del ámbito institucional

Aunque los estudios en el ámbito institucional continúan pendientes de la realización de nuevos estudios específicamente diseñados para esta realidad y que nos permitan acercarnos al perfil de los profesionales responsables, a lo expuesto podemos incorporar algunas características propias del entorno de la institución, como el hecho de tratarse de profesionales poco motivados, con escasa preparación o sobrecargados de trabajo; suelen tener problemas con compañeros o con la dirección de la institución y, en ocasiones se vinculan a cuestiones organizativas o de gestión; mayoritariamente se trata de personal femenino, como consecuencia lógica de la mayor proporción de cuidadoras en este tipo de centros.

En la sesión plenaria de la Comisión de Seguimiento del Protocolo de Actuación en los casos de Violencia Doméstica y de Género de la demarcación de Gerona celebrada en junio de 2006, se acordó encargar a la directora de los Servicios Territoriales de Bienestar y Familia (actualmente Acción Social y Ciudadanía) la redacción de un protocolo contra el maltrato a las personas mayores cuyas conclusiones se incorporan a título comparativo y en las que se destaca que en cuanto al perfil de la persona agresora, en un 50% de los casos es el/la cuidador/a principal, a consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades.

Entre estas personas, un 85% es del entorno familiar (en el 60 % de los casos son hijos/as, y en un 25% el/la cónyuge). En un 37% el/la agresor/a también es mayor de 65 años. El 53% de agresores son hombres y el 47% mujeres.

La enumeración de una serie de características nos puede ayudar a tener una idea de los **perfiles de personas mayores y cuidadores con mayor riesgo** de verse implicados en un caso de malos tratos. Pero es bien sabido que estas descripciones pueden conducir a simplificar en exceso y generar falsas acusaciones, por lo que su utilización debe hacerse con mucha cautela.

La naturaleza de los tipos de malos tratos es diferente, y afectan a personas con características distintas (Bazo, M^a.T., 2006: 46). Es decir, que sufrir dependencia en algunas actividades de la cotidiana puede conllevar descuido físico o psicológico, sin embargo, la autonomía en actividades como el vestido, alimentación, o movilidad puede conllevar maltrato psicoafectivo y abuso material en mayor proporción que entre quienes son dependientes. El género aparece en esos dos últimos tipos más importante que la dependencia.

La **negligencia** en el cuidado físico que implica una falta de atención física, material, ocurre más entre quienes tienen dificultades o dependen de otras personas para vestirse, asearse y alimentarse.

Los perfiles varían en función de los estudios, del escenario en que se recojan los datos o incluso en función del tipo de malos tratos, de la definición utilizada, del país o del contexto (rural o urbano) (Moya Bernal, A, Barbero Gutiérrez, J., 2006: 49). La negligencia en el cuidado psicoafectivo que conlleva falta de cariño y detalles afectuosos, parece darse más entre quienes son dependientes para su aseo personal, alimentarse, y controlar los esfínteres. Ambos tipos de negligencia se relacionan.

Pueden ser más descuidadas y desatendidas física y afectivamente las personas que dependen de otras para su cuidado personal, lo que implica el cuidado corporal, al hilo de lo cual puede recordarse el significado simbólico del cuerpo así como su atractivo o repulsión en función de la edad o la enfermedad. Son de naturaleza diferente el Maltrato psicoafectivo y el Abuso material, más relacionados con el hecho de ser mujer que con ciertos tipos de dependencia física. Claudine McCreadie, 2002, en Bazo, M^a.T., (2006: 46) alerta sobre la necesidad de comprender la naturaleza del riesgo en las propias casas de las personas ancianas. Así, existe evidencia de que se exponen a más riesgo de sufrir violencia física cuando viven con otras parejas que solas. Pero el riesgo de sufrir abuso económico es mayor entre quienes viven a solas.

En cuanto a las consecuencias por género de estos hechos, se sabe que los varones a cualquier edad viven más con otras personas, mientras que las mujeres conforme envejecen tienden más a vivir solas. En una reciente investigación de la autora (2002) se encuentran las siguientes **situaciones de riesgo**:

Persona cuidadora con problemas de carácter psicológico: alcohol.

Persona anciana con demencia que permanece sola todo el día.

Hogar de la persona anciana donde se bebe demasiado alcohol.

Persona cuidadora que se pone muy enfadada por la carga del cuidado.

Persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora.

Persona cuidadora que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana.

Persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

Cualquier persona podría ser víctima de los malos tratos, no obstante, a través de los resultados de diferentes estudios se han englobado una serie de características bajo la etiqueta de “perfil” de la víctima del maltrato y/o negligencia, que podemos sintetizar con la Guía de actuación (IMSERSO, 2005) Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez. (coord.) y SEGG bajo el patrocinio del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en su 2ª Edición, 2006.

PERFIL DE LA VÍCTIMA Y RESPONSABLE DEL MALTRATO	
<p>PERFIL DE LA VÍCTIMA DEL MALTRATO</p>	<p>Mujer, viuda, mayor de 75 años de edad.</p> <p>Vive con la familia. Es muy frágil.</p> <p>Ingresos inferiores a 6.000 euros al año.</p> <p>Dependiente (física, emocional y/o económicamente) del cuidador para las actividades de la vida diaria.</p> <p>Deterioro físico y/o cognitivo. Toma más de cuatro fármacos.</p> <p>Se niega a informar del maltrato.</p> <p>Toma más de cuatro fármacos.</p> <p>Aislada socialmente. Cree que el maltrato es merecido.</p> <p>Vulnerabilidad emocional y psicológica.</p> <p>En el último año ha sido visitada por un médico, enfermera o un trabajador social.</p>
<p>PERFIL RESPONSABLE DEL MALTRATADOR</p>	<p>Hijo, hija, pareja de la víctima. Convive con la persona mayor.</p> <p>Con trastorno mental. Consume alcohol y/ o drogas.</p> <p>Presenta conflictividad con la persona mayor.</p> <p>Escasa preparación para cuidar y no comprende la enfermedad.</p> <p>No posee habilidades de afrontamiento eficaces. Estrés</p> <p>Lleva como cuidador más de nueve años.</p> <p>Persona de mediana edad. Goza de la confianza del mayor.</p> <p>Presencia de problemas mentales (por ejemplo, depresión).</p> <p>Dependencia económica y/o para el alojamiento del mayor.</p> <p>Aislamiento social. Dificultades económicas.</p> <p>Falta de apoyo y desconocimiento de los recursos de la comunidad.</p>

7.4.- Los indicadores del maltrato

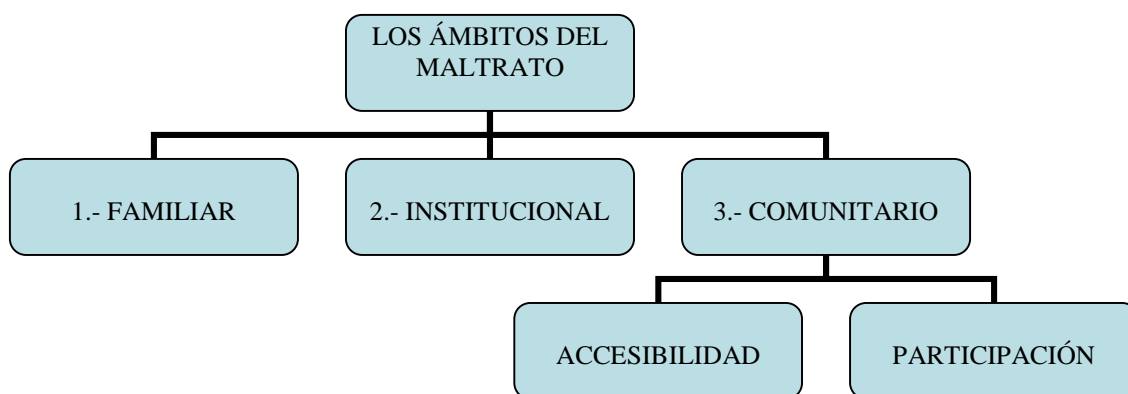
Se trata de un tema complejo el análisis de los indicadores de maltrato, entre los que podemos citar:

LOS INDICADORES DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES	
INDICADORES EN CONDUCTA DE LA VÍCTIMA	<p>Trastornos o agitación emocional</p> <p>Pasividad. Depresión. Ansiedad.</p> <p>Hipervigilancia.</p> <p>Modificaciones inusuales de la cuenta bancaria.</p> <p>Transferencias apresuradas.</p> <p>Cambios repentinos de voluntad en los documentos.</p> <p>Etc.</p>
MALTRATO INSTITUCIONAL	<p>Mala higiene en general.</p> <p>Violación de la privacidad.</p> <p>Permanencia en cama/sillón.</p> <p>Control de objetos personales y dinero.</p> <p>Ambiente laboral agresivo.</p> <p>Sedación excesiva o no prescrita.</p> <p>Control de objetos personales y dinero.</p> <p>Personal profesional con vida privada estresante, gerontofobia, escasa capacidad para soportar la frustración, etc.</p> <p>Por parte del residente:</p> <p>Genero femenino, discapacidad física o psíquica, escasas visitas, carencia de familia, rechazo de un rol pasivo, etc..</p>

8.- ÁMBITOS DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES

8.1.- Los ámbitos de producción del Maltrato

En sus diversas modalidades, el maltrato a las personas mayores es un fenómeno constante que viene produciéndose en nuestra sociedad, con adaptaciones a los nuevos modos de vida y con incidencia diversa, pero reiterada y constante, siendo nuestros ámbitos de estudio los siguientes:



El maltrato a los ancianos en el ámbito familiar ha sido el objeto de nuestro anterior trabajo dentro del desarrollo académico de los estudios correspondientes al DEA y algunas de cuyas conclusiones se incorporan al presente documento.

Si el maltrato familiar es un fenómeno poco conocido en nuestro país, el maltrato institucional, el que tiene lugar en centros, residencias e instituciones para personas mayores, es un hecho que prácticamente sólo se ha tratado en la prensa, y ello de forma sensacionalista y poco rigurosa.

El **maltrato institucional** ha sido menos estudiado, excepto en Inglaterra, llegándose, tal vez, a infravalorar su importancia. Pero el maltrato institucional existe, lo que ocurre es que resulta “invisible” (Griffin y Aitken, 1999: 29-32 citado por Bazo, M^a T., 2006: 47). Los datos de Naciones Unidas (2000) referidos a EE UU, arrojan algo de luz. En Estados Unidos, la población actual en residencias geriátricas ronda los dos millones de personas, y alcanzará 6´6 millones en el año 2050. En Europa y Japón se esperan incrementos semejantes, con menos personas jóvenes para sostener y cuidar a la población anciana.

El tipo de maltrato desarrollado en el medio institucional posee diferentes singularidades que conviene reseñar medio institucional, comenzando por el hecho de que el maltrato grave es, en este entorno, excepcional, seguramente porque la presencia de terceros, las rotaciones y la propia estructura (que expone públicamente lo que ocurre) limitan el acceso libre y sin testigos a los mayores.

En este medio adquieren una enorme importancia los elementos ajenos a la relación interpersonal mayor-maltratador: aspectos de corte contractual, laboral u organizacional, son determinantes a la hora de generar malestar y frustración en los cuidadores, situación que puede derivar en un cuidado inadecuado o en una falta de cuidado. Sin embargo en el medio institucional se dan con cierta frecuencia formas “leves” de maltrato en forma de infantilización del mayor, problemas para preservar la intimidad o actitudes que no resultan respetuosas con la autonomía de los sujetos en la institución. Se hace imperativo comentar las enormes dificultades que representa la relación individuo-institución: los centros requieren fijar elementos de estructuración (horarios, espacios, estrategias de seguridad) comunes a personas de muy diferente condición y capacidad, así como aspectos de organización de trabajo que optimicen los recursos humanos y materiales.

Esta realidad puede entrar fácilmente en conflicto con el deseo de los mayores de disponer de tiempo, intimidad, libertad para organizarse por sí mismos o para conducirse en la medida de sus posibilidades. El choque entre la libertad individual — base y esencia de la autorrealización— y las necesidades colectivas, que permiten que funcione la institución, no resulta fácil de atenuar, y puede ser vivido por la persona mayor como un maltrato. Las instituciones sean públicas o privadas están sometidas a inspecciones⁷⁹ y exigen un mayor grado de profesionalización, lo cual redundará en una mayor garantía para el anciano que recibe de esta forma mayor protección frente a los malos tratos. La casuística indica que los casos de malos tratos son inferiores en una institución que en los domicilios propios, donde se establece un coto cerrado a terceros, y debilitan aún más las actuaciones de las personas mayores, ello no significa que el domicilio no sea un lugar seguro y aconsejable para la persona mayor, sino que se trata de un lugar de más difícil acceso para el conocimiento de los hechos y la actuación de la justicia.

⁷⁹ La normativa reguladora es prácticamente competencia de las Comunidades Autónomas

Pero aunque el maltrato en instituciones geriátricas es una realidad menor, los expertos denuncian en ocasiones la falta de vigilancia y medios de inspección en estos centros, a menudo con personal escaso y poco cualificado, y la ausencia de criterios homogéneos de control entre las comunidades autónomas.

Pillemer y Moore inspeccionaron a 577 enfermeras y auxiliares de 31 residencias, para determinar la existencia de abuso físico y/o psicológico. Obtuvieron resultados alarmantes referidos a la alta incidencia de abusos en estos lugares. Revelaron que el 10% de ellos habían realizado actos de abuso físico en el último año, y el 40% admitieron abusar psicológicamente de los residentes. Las formas más comunes de abuso físico se referían a temas relacionados con la seguridad de los pacientes, la sujeción indebida, empujar, coger, golpear al paciente con un objeto o con el pie, o lanzar objetos a los pacientes.

Las formas más comunes de abuso psicológico eran los enfados, gritos, juramentos, insultos y el aislamiento. Estudios posteriores (Hudson, 1992, Braun 1997 y Saveman 1999) también demostraron este tipo de resultados.

Según estos estudios el abuso en residencias incluye también las prácticas ya institucionalizadas que dan lugar a la negligencia crónica, los cuidados insuficientes, las prácticas autoritarias, y la falta de proteger a residentes contra trabajadores inexperimentados o contra residentes o visitantes abusivos. Las formas sutiles de abuso también se han explorado e incluyen negar a residentes decisiones relativas a la alimentación, levantarse o acostarse, o ejercer presión sobre los residentes para participar en actividades.

Siguiendo la línea doctrinal derivada del trabajo de Javato Martín, M. y Montserrat de Hoyos Sancho (Directores). Obra citada. Tirant. Monografías, 732, podemos asumir que la violencia, abuso o maltrato institucional recoge las conductas abusivas para los mayores que se producen fuera del entorno familiar y domiciliario del anciano y ligadas a las instituciones que le acogen, ya de forma transitoria o permanente⁸⁰.

⁸⁰ Residencias, hospitalizaciones, Centros de Día, etc.

Según Ramona Rubio, R. “Concepto, tipos, incidencia y factores de riesgo del maltrato institucional a personas mayores”, en Violencia contra personas mayores. Ariel-pp 113 y ss. Citada en “Violencia, abuso y maltrato de personas mayores”. Tirant. Monografías, 732. Valencia, 2010:150, este maltrato se definiría como “cualquier legislación programa, procedimiento, actuación u omisión, procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional o funcionario que conlleve abuso, negligencia o detrimento de la salud y seguridad o que viole los derechos básicos...”.

Sus formas son amplísimas, resultando las más frecuentes:

ALGUNAS FORMAS DE MALTRATO INSTITUCIONAL	
DIVERSAS MODALIDADES	<p>Medicación excesiva o innecesaria. (Abuso de sedantes, etc.)</p> <p>Infantilización en el trato.</p> <p>Falta de respeto a las opiniones o a la intimidad.</p> <p>Privaciones de derechos, inactividad, dieta inadecuada.</p> <p>Falta de cumplimiento de las normas de higiene. (Cambios de pañal).</p> <p>Despersonalización en la provisión de servicios.</p> <p>Deshumanización.</p> <p>Victimización.</p>

Se trata de un maltrato difícil de descubrir (el cuidador/garante puede ser el propio agresor) difícil de investigar (corporativismo), de difícil incardinación penal, donde el maltratador/cuidador en ocasiones es también una víctima (estrés, depresión, síndrome de burnout, etc.) y donde el agresor puede ser también otro anciano residente.

Algunos autores han observado que el tipo de instalaciones que se diseñan o utilizan para las distintas actividades puede plantear prácticas discriminatorias, ya que puede favorecer a los residentes más autónomos y capaces. También la mayoría de los estudios asumen **que los trabajadores abusivos** de estas residencias no están actuando de forma premeditada, pero que están respondiendo a la naturaleza altamente agotadora y estresante del trabajo, como puede ser la relativa a las altas cargas de trabajo, o a la existencia de conflictos interpersonales.

También parece que son fuentes de la tensión de estos trabajadores la amenaza de la agresión verbal y la violencia física de los residentes, la presión de los supervisores y la de los miembros de la familia.

En el caso del **abuso psicológico**, se ha demostrado que:

1°.- La edad parece ser una característica significativa, siendo los abusadores más jóvenes que los no abusadores (Pillemer y Moore, 1990).

2°.- Las actitudes negativas de los empleados hacia residentes son también un factor significativo del abuso psicológico: actitudes como por ejemplo el pensar que estas personas mayores están “esperando para morir” o que son “como los niños que necesitan a veces ser disciplinados”.

Estos estudios sugieren que los rasgos y las circunstancias de la personalidad de los trabajadores influyen su capacidad de hacer frente a la agresión de los pacientes; dicen también que ciertos trabajadores desarrollan una cierta “inmunidad,” o tolerancia a la agresión de los residentes; y que esta capacidad de desarrollar y sostener inmunidad se relaciona con rasgos de la personalidad, como pueden ser, por ejemplo, con la paciencia. También dicen que algunos trabajadores nunca desarrollan esta inmunidad.

Como conclusión parece ser más frecuente el maltrato entre quienes tienen una mayor insatisfacción profesional, entre aquellos que padecen más situaciones estresantes personales y entre aquellos que perciben a los ancianos como personas más infantiles y necesitadas de disciplina.

C. Maslach y S. Jackson definen el síndrome del “**Burn out**”: “un síndrome de profesionales, deshumanización y baja realización profesional que se da en personas que trabajan con personas”. Es una consecuencia del desequilibrio entre las demandas, la capacidad de respuesta para hacer frente, el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos (Orbegozo Aramburu, A. “Experiencias en relación con el maltrato y el abordaje desde instituciones y entidades. Instituto Vasco de Criminología. Hurkoa Fundazioa, 2006: 67

Dentro de este marco del maltrato institucional y con independencia de la descripción general de los tipos de maltrato que se realiza en otro lugar de este estudio, se abordan ahora estas tres modalidades referidas al ámbito institucional estrictamente: “Negligencia, Abuso y Maltrato”.

Siguiendo los estudios realizados en nuestro medio, como el trabajo (IMSERSO – SEGG), que entiende la negligencia como “omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, es decir, la no realización de alguna de las tareas que debe cumplir el profesional que cuida a la persona mayor o la institución que le acoge, en su compromiso de atención; la negligencia puede cometerse intencionadamente o no, y en general, tiene consecuencias negativas en el mayor, aunque también puede no tenerlas”.

Se acompaña, en la tabla 16, el resumen del trabajo de M^a. Teresa Bazo que hace referencia a los testigos de diversas acciones abusivas en residencias de ancianos.

Tabla 17.- Tipo de maltrato observado. Prevalencia

Abuso psicológico o verbal	64
Negligencia física	58
Aplicación inadecuada de restricciones físicas	39
Negligencia psicológica	38
Maltrato físico	37
Uso inadecuado de restricciones químicas	14
Abuso sexual	0'6 (una persona)

Fuente: Hurkoa Fundazioa, 2006. Testigos acciones abusivas en Residencias de Ancianos: Bazo, M^a.T.).

Algunas modalidades de **conductas de negligencia** concretas son éstas:

Omitir una valoración del paciente mayor, en el ámbito sanitario; utilización indebida de medios de contención/ inmovilización; utilización innecesaria de pañales; el no hacer los necesarios cambios posturales; omitir el cambio de pañales con la frecuencia necesaria; no vigilar ni controlar la ingesta de la alimentación adecuada o de la medicación prescrita; no llevar a cabo, en su caso, las curas con la periodicidad necesaria, no controlar la prescripción de medicamentos ni prestar la atención médica suficiente al paciente mayor.

Por su parte, **el abuso** se conceptualiza como una acción intencionada que puede tener o no consecuencias negativas para la persona mayor. Puede o no generar algún tipo de beneficio para el profesional, bien sea material o bien sea de tipo intangible, como por ejemplo, trabajar menos o más relajadamente.

El maltrato dentro de una institución se puede dar de las siguientes formas:

No suministrar adecuadamente los medicamentos; dejar de proporcionar condiciones ambientales adecuadas; pronunciar comentarios inadecuados o hirientes; no permitir la intimidad. (Higiene, sexo, soledad,...); efectuar estricciones físicas: 35 – 60% de personas dependientes; no tener en cuenta las barreras arquitectónicas; dejar de proporcionar lecturas, distracciones, actividades. Falta de un plan adecuado de cuidados.

Todas estas modalidades adquirirían distintas manifestaciones según los casos y se traducirían en versiones de intensidad y origen variable manifestándose tanto en la esfera íntima como en el ámbito público presentando el siguiente tenor:

En la esfera íntima se produce explotación de la capacidad de trabajo en el hogar; destitución familiar o lo que es lo mismo, tratamiento de silencio o franca hostilidad, como expresión de la molestia que causan las personas mayores; desarraigo o rotación por los domicilios de los hijos o institucionalización forzosa en condiciones de confort “francamente mejorables”. La explotación económica constituye un auténtico chantaje a las necesidades afectivas para el apoderamiento de los bienes del mayor. Por el abandono, los familiares se desentienden de las condiciones de vida del anciano. Existe una evidente falta de capacitación de los cuidadores informales que afecta, sobre todo, a las personas mayores que sufren demencias.

Por su parte, en el ámbito público, se detecta falta de dispositivos sanitarios para atención geriátrica especializada; existencia de profesionales médicos insuficiente motivados o solventes que achacan a la edad cualquier padecimiento, así como el funcionamiento de residencias con normas rígidas y una forma de vida que produce despersonalización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) publicaron en el año 2001 un estudio cualitativo recogiendo las creencias y valores de los mayores en relación con los malos tratos a las personas mayores (MTPM).

Algo semejante hubo de publicarse en España en el año 2002, dentro de un Convenio de Colaboración entre la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

En la génesis de las situaciones de maltrato, en nuestro entorno, se incluyen dos cuestiones principales:

a) La estigmatización de la imagen de los mayores como sujetos pasivos e improductivos⁸¹.

b) Un contexto social adverso que dificulta la atención a los mayores.

En los dos estudios que hemos citado se trata el “abuso” y, dentro del mismo, dos grandes formas:

1.- El “maltrato” propiamente dicho, que se correspondería con una grave vulneración de derechos, que resulta menos frecuente, y

2.- Otras “formas menores” que para el estudio español son consideradas como “maltrato”, mientras que para la OMS lo son como “trato desagradable”.

Se trata de modalidades sutiles e insidiosas que no dejan huella externa y perceptible a simple vista, pero que “hacen la vida imposible” a la persona mayor.

A partir de ambos cuerpos documentales pueden extraerse estas conclusiones:

Las personas mayores dan una gran importancia a los factores estructurales y sociales, tanto en la génesis como en las respuestas necesarias para su prevención.

Entre las áreas de vulnerabilidad para sufrir malos tratos se encuentran: las bajas pensiones, sobre todo en el caso de las viudas; escasez de políticas y recursos sociales para permanecer en el entorno y el déficit de dispositivos sanitarios específicos.

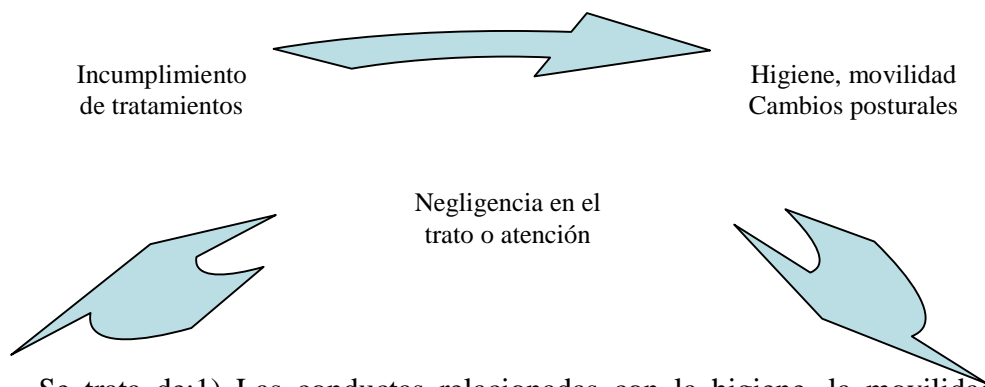
En la misma línea que el trabajo anteriormente expuesto, el IMSERSO y la SEGG han realizado también en España un estudio cualitativo con participación de profesionales que atienden a personas mayores, tanto en el ámbito comunitario o institucional, como en el sanitario o socio-sanitario, del que podemos derivar algunas conclusiones como las que siguen:

Los profesionales entienden la negligencia como la omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, de forma intencionada o no, y que suele tener consecuencias negativas para la persona mayor.

Ejemplos: No realizar una valoración integral, el uso indebido de la contención física, el uso innecesario de apósitos de incontinencia, no prestar la atención médica suficiente, etc. Es evidente que este tipo de variables propende a una valoración subjetiva y constituyen conceptos un tanto indeterminados que trata de paliar la existencia del “protocolo” escrito.

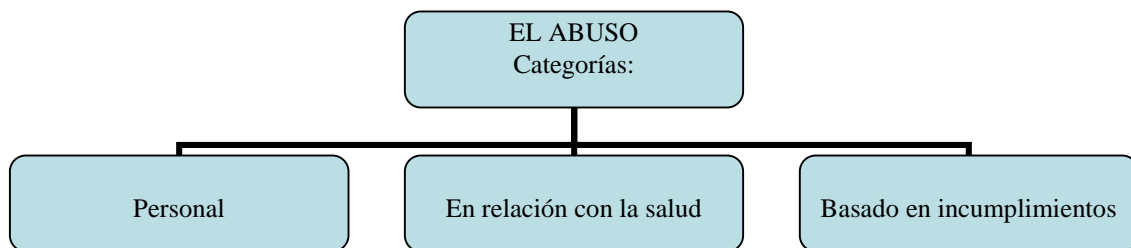
Para los profesionales consultados, existen tres categorías de negligencia:

⁸¹ Se aborda el “edadismo” en otro apartado de este trabajo relativo a las tipologías.



Se trata de: 1) Las conductas relacionadas con la higiene, la movilidad o los cambios posturales; 2) El incumplimiento de tratamientos o falta de la dedicación adecuada para potenciar la salud y la autonomía personal; 3) La negligencia en el trato o en la atención.

En cuanto al abuso, es descrito como una acción intencionada, tenga o no consecuencias negativas en la persona mayor y existirían también tres categorías:



1.- Personal: Falta de consideración, infantilización en el trato, falta de respeto a la intimidad.

2.- Relación con la salud: Derivaciones innecesarias a centros hospitalarios, negación de tratamientos por razones de edad, etc.

3.- Incumplimientos: Reiterado, deliberado y continuo incumplimiento del reglamento de régimen interno de una institución, de modo que se produzcan molestias innecesarias o perjuicios para el anciano. Ejemplo: El incumplimiento de los horarios.

Con respecto al maltrato, los profesionales suelen negar su existencia como tal dentro de su ámbito laboral, asociándolo casi exclusivamente al entorno familiar, excepción hecha de un trato despectivo reiterado.

Como conclusión, es preciso destacar la sensación frecuente de estos profesionales de tener un menor prestigio profesional y social, y una mayor carga de trabajo y menor remuneración que los compañeros que atienden a personas más jóvenes, lo que consideran un factor importante de desmotivación (Moya Bernal, A., Barbero Gutiérrez, J., 2006: 29).

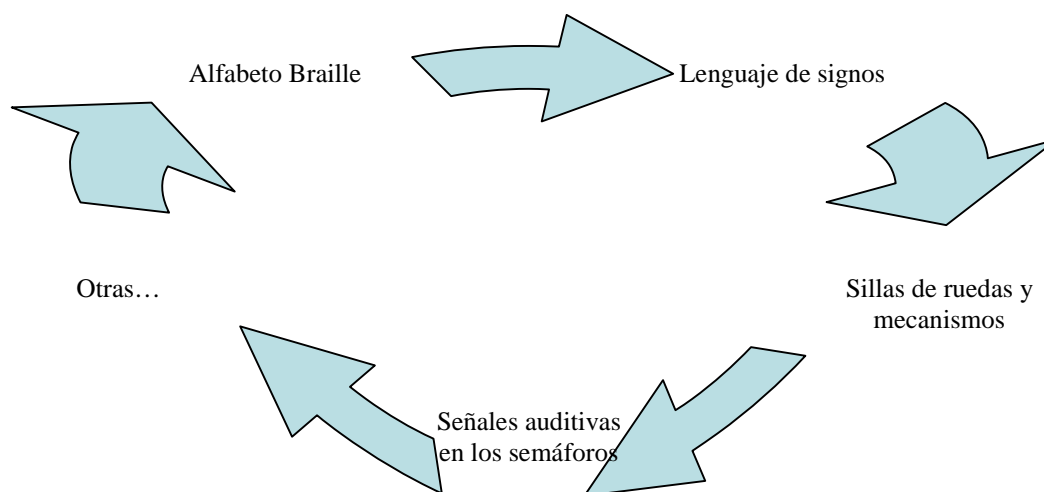
8.2.- El Maltrato en el ámbito comunitario: accesibilidad y participación

A) Accesibilidad

Es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas o físicas resultando indispensable e imprescindible, ya que se trata de una condición necesaria para la participación de todas las personas independientemente de las posibles limitaciones funcionales que puedan tener.

Considerando "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", la accesibilidad es un derecho que implica la real posibilidad de una persona de ingresar, transitar y permanecer en un lugar, de manera segura, confortable y autónoma. Ello implica que las barreras de entorno físico deben ser suprimidas.

Para promover la accesibilidad se hace uso de ciertas facilidades que ayudan a salvar los obstáculos o barreras del entorno, consiguiendo que las personas con dificultades realicen la misma acción que pudiera llevar a cabo una persona sin ningún tipo de discapacidad, como es el criterio de la OMS. Estas facilidades o ayudas técnicas, vienen a ser:



Según el Informe mundial sobre la discapacidad⁸², “Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando.

⁸² Informe producido por Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial, 09-06-2011

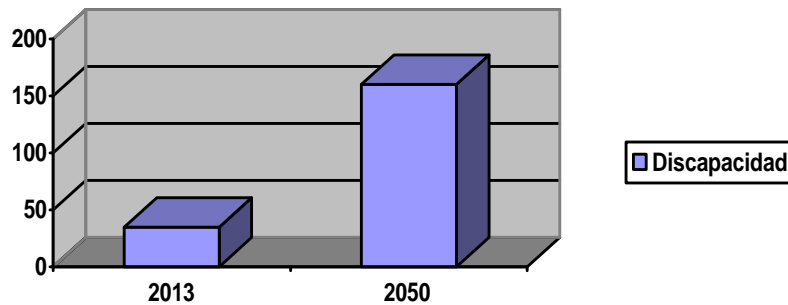
Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental”.

Y según el mismo informe, corroborado con otros datos de ámbitos regionales, “En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad.

En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas”.

En la actualidad existen en España más de tres millones y medio de personas con algún tipo de discapacidad. Según la Organización de Naciones Unidas, esta cifra se elevará hasta los 16 millones en el 2050, datos que se representan gráficamente así:

Figura 43.- La discapacidad en España, 2013. Proyección 2050



En algún momento de nuestra vida, los seres humanos muy probablemente acabaremos padeciendo algún grado de discapacidad funcional, por lo que es vital luchar por la igualdad y la integración de todos en la sociedad, tratando de superar el estigma de la diferencia con que tradicionalmente se ha tratado a las personas con discapacidad y asumir que todos tenemos el mismo derecho a participar activamente en la sociedad.

La **Accesibilidad Universal** es una realidad y una necesidad que impregna todas y cada una de las actividades vitales y, en consecuencia, incide en todos y cada uno de los ámbitos en los que se despliegan las actividades individuales y sociales.

La constatación de este hecho, realizada en el transcurso del II Congreso Nacional sobre la materia, se materializa en los términos de que “la Accesibilidad Universal cala en la educación, la vivienda, el acceso al trabajo, a la sanidad y al consumo, al ocio y al turismo, a los deportes, a la participación social y política, a la comunicación y el uso de bienes públicos, y se mueve en todos los aspectos de la vida cotidiana; por lo tanto, y habida cuenta de que todos estos ámbitos guardan relación entre sí, cualquier trabajo que se emprenda en el ámbito de la Accesibilidad Universal ha de tener en cuenta esta interrelación”⁸³.

El objetivo esencial del III Congreso Nacional de Tecnologías de la Accesibilidad⁸⁴ organizado por el (CENTAC)⁸⁵ fue el de mejorar la vida de todas las personas con discapacidad, dependientes y la de sus familias, “impulsando las tecnologías accesibles desde una triple perspectiva: la de la administración pública, la empresa privada y las asociaciones; con el fin de romper las barreras que genera la falta de accesibilidad, y mejorar así la calidad de vida de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores a través de las nuevas tecnologías y las tecnologías de la información”⁸⁶.

Interesa, pues, el tratamiento de la temática así como de la relativa a ciudades inteligentes, desarrollo de aplicaciones accesibles, robótica, etc.

Se considera que una construcción es accesible cuando el minusválido es capaz de llegar al interior de una casa sin ayuda. Sólo el 20% de los edificios de viviendas en España eran accesibles para discapacitados, según el INE⁸⁷. En España, sólo dos de cada diez edificios destinados principalmente a viviendas eran accesibles para personas que sufren algún tipo de discapacidad física, según el censo de población y vivienda 2001 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

⁸³ II Congreso Nacional sobre accesibilidad. Palencia 18-12-2006

⁸⁴ III Congreso Nacional. Madrid, octubre 2012

⁸⁵ CENTAC, organización cuyo objetivo es promover el desarrollo de las tecnologías de accesibilidad en todos los ámbitos posibles, con el fin último de facilitar la integración social, la igualdad en el acceso a las Tecnologías de la Sociedad de la Información

⁸⁶ III Congreso Nacional CENTAC de Tecnologías de la Accesibilidad

⁸⁷ Informe Eroski publicado el 1 de marzo de 2004

Este organismo considera que una construcción es accesible cuando un ciudadano en silla de ruedas puede llegar desde la calle hasta el interior de cada uno de los hogares sin ayuda de otra persona.

Sin embargo, para recabar estos datos el INE únicamente se había fijado en si el edificio dispone o no de ascensor y no ha tenido en cuenta otros elementos que sirven para facilitar el camino a las personas con movilidad reducida (rampas, barandillas, etcétera).

Los resultados obtenidos demostraban que, en total, de los casi 21 millones de viviendas existentes en nuestro país, más de 16 millones no eran accesibles, aunque las barreras arquitectónicas a las que se enfrentan los discapacitados físicos no resultan igual de numerosas en cualquier punto del país.

Por comunidades, las que presentaban un mayor porcentaje de viviendas adaptadas son Murcia (29,7%) y Canarias (29%). En el otro extremo de la balanza se situaban los hogares de Extremadura (17%), Galicia y Castilla-La Mancha (19,4%).

Las diferencias por provincias también resultaban significativas. Las viviendas de Teruel (9,6%) y Segovia (10,2%) eran las menos adaptadas. Las que más: Santa Cruz de Tenerife (30,5%), Guadalajara (29,4%) y Las Palmas (29%).

En los edificios públicos parecen seguir sacrificándose la accesibilidad y la seguridad en beneficio de la estética; en otro tipo de edificios, los de carácter monumental, establecer mecanismos de accesibilidad sigue siendo un reto, pese a que se reconoce el valor de muchas de las buenas prácticas ya desarrolladas en las que la accesibilidad respeta el patrimonio y se armoniza con él.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York⁸⁸, constituye el primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos.

En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

⁸⁸ La Convención de Naciones Unidas sobre Discapacidad entró en vigor en mayo de 2008

Se aclara y precisa cómo se aplican a las personas con discapacidad todas las categorías de derechos y se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se han vulnerado esos derechos y en las que debe reforzarse la protección⁸⁹.

El Informe mundial sobre la discapacidad reúne la mejor información disponible sobre la discapacidad con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad. Ofrece a los gobiernos y la sociedad civil un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basado en las mejores pruebas disponibles, y recomienda la adopción de medidas de alcance nacional e internacional, impulsando la visión de un mundo inclusivo en el que todos podamos vivir una vida de salud, comodidad y dignidad.

En un breve repaso a la legislación relativa a accesibilidad, encontramos en primer lugar que según el artículo 49 de la Constitución española “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos⁹⁰ físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título⁹¹”.

Muchos países cuentan con leyes de obligado cumplimiento que permiten velar por la accesibilidad de las páginas de su administración pública o bien de sitios de empresas que ofrecen servicios y productos para ella. A continuación se verán las más importantes.

Por lo que respecta a España, la "Ley de Integración Social de los Minusválidos" (LISMI, promulgada en 1982) significó la primera acción legal que recogía medidas compensatorias para las personas con discapacidad, pero no promovía su participación activa en la sociedad. Además, debido a que en dicho año las tecnologías no estaban suficientemente desarrolladas, esta ley no recoge ninguna acción relativa al **acceso web**.

⁸⁹ Informe mundial producido por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

⁹⁰ En un acto celebrado el 3 de diciembre de 2005 con motivo del Día Internacional de las Personas con Discapacidad, el Gobierno de España anunció su intención de reformar el artículo 49 de la Constitución Española para sustituir, en el texto de la Carta Magna, la palabra "disminuidos" por "discapacitados".

⁹¹ Se está haciendo referencia al Capítulo Tercero (De los principios rectores de la política social y económica) del Título I: De los derechos y deberes fundamentales.

Posteriormente, y para la preparación del desarrollo y aplicación en España del "Plan de Acción eEurope 2002", el Gobierno publicó a comienzos del año 2001 el denominado "Plan de Acción Info XXI", vigente entre los años 2001 y 2003.

En 2002 se publicó en el BOE la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, también llamada LSSICE. Fue publicada en el BOE el 12 de julio de 2002, y entró en vigor a los tres meses de su publicación, es decir, el 12 de octubre de 2002.

Esta ley previene que los sitios web de la administración deben ser accesibles a los discapacitados, siendo posible la exigencia del cumplimiento de dicha ley también para aquellas páginas financiadas por las administraciones públicas.

Más orientado hacia el tema de este estudio es el "I Plan Nacional de Accesibilidad", aprobado por el Consejo de Ministros el día 25 de julio de 2003, y desarrollado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del IMSERSO.

Con el lema "Por un nuevo paradigma, el Diseño para Todos, hacia la plena igualdad de oportunidades" se deja claro su objetivo más general.

En él se recogen los compromisos del Gobierno en materia de accesibilidad que se desarrollarán en periodos sucesivos de tres años, desde su entrada en vigor en 2004 hasta su término en 2012. Así mismo, el plan se proponía impulsar el paradigma del "Diseño para Todos" a través de un sistema normativo garante de la accesibilidad.

El papel de los municipios es muy importante a la hora de planificar pensando en la Accesibilidad Total puesto que los planes urbanísticos dependen de ellos. Mediante la adaptación de los Planes Municipales Municipales de Ordenación Urbana incorporando la Ordenanza Municipal de Eliminación de Barreras Arquitectónicas se pueden corregir en gran manera las clásicas Barreras Arquitectónicas.

Una gran parte de las competencias en materias urbanísticas están transferidas a las Comunidades Autónomas que, con los Municipios asumen la casi totalidad de las responsabilidades en el sector.

La normativa autonómica se orienta principalmente a la accesibilidad física, entendida en el sentido de eliminación de barreras, y no a la accesibilidad tecnológica⁹².

Sin entrar en el detalle, tratamos de recoger la normativa esencial en España viene a estar contenida en los siguientes textos legales:

⁹² El listado detallado de la normativa autonómica en materia de accesibilidad está disponible en el sitio web del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, CEAPAT (www.ceapat.org).

Ley 15/1995, de 30 de mayo, sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.

Real Decreto 366/2003 de 16 de marzo, de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación.

Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado.

Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones.

Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a la sociedad de la información.

Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad.

Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

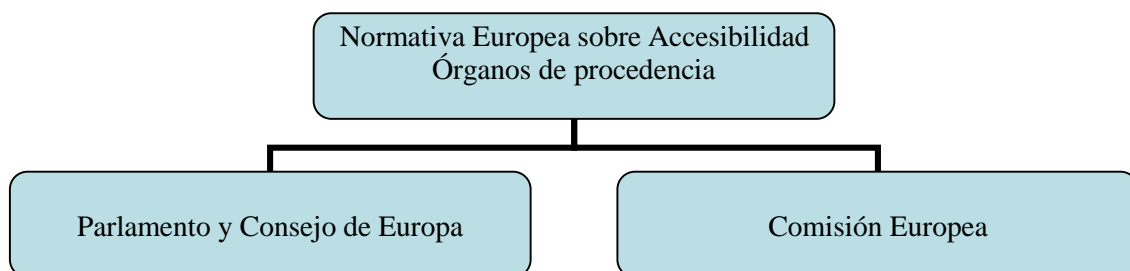
Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.

Orden PRE/3028/2011, de 4 de noviembre, por la que se establecen los protocolos de actuación y de formación de las tripulaciones de los buques de pasaje y la formación del personal de las empresas navieras que presten servicio en las terminales portuarias para la atención de las personas con discapacidad.

Ley 8/2013, de 26 de junio, de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas. Adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que exige la realización de los ajustes razonables en materia de accesibilidad universal (con sus obras correspondientes).

La Convención establece incluso un plazo, que finaliza en el año 2015, momento a partir del cual pueden ser legalmente exigidos, tanto para los edificios, como para los espacios públicos urbanizados existentes.

La normativa europea relativa a las tecnologías de accesibilidad se ha desarrollado a través de resoluciones del Parlamento y el Consejo de Europa así como a comunicaciones de la Comisión Europea.



La mayoría de los países europeos, siguiendo las recomendaciones y directrices de la Unión Europea, han desarrollado normas y leyes para garantizar el acceso a la información y a los servicios como principio fundamental, incuestionable y básico de los derechos humanos.

a) Normativa derivada del Parlamento y Consejo de Europa.

Resolución del Consejo de Europa, ResAP (2001), sobre acceso a la plena ciudadanía de las personas con discapacidad a través de las nuevas tecnologías, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 24 de octubre.

Directiva 2000/78/CE del Consejo de Europa estableciendo un marco general para la igualdad de oportunidades en ocupación y empleo (noviembre de 2000).

Directiva 2002/21/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de marzo de 2002, relativa a un marco regulador común de las redes y los servicios de comunicaciones electrónicas.

Resolución del Consejo de la Unión Europea sobre el Plan de Acción eEurope 2002 - Accesibilidad de los sitios web públicos y su contenido, adoptada el 20 de marzo de 2002.

Resolución del Consejo sobre Accesibilidad electrónica - Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a la sociedad del conocimiento, adoptada por el Consejo de la Unión Europea el 14 de enero de 2003.

Recomendación Rec (2006)5 del Comité de Ministros a los estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015.

Reglamento nº 1107/2006, del Parlamento Europeo y el Consejo, sobre los derechos de las personas con discapacidad o movilidad reducida en el transporte aéreo (julio de 2006).

Resolución del Consejo 2008/C75/01, de 17 de marzo de 2008, relativa a la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea.

b) Normativa derivada de la Comisión Europea

Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones “Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad”. Bruselas, 12 de mayo de 2000 (COM 2000- 284 final).

Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones “eEurope 2002: Accesibilidad de los sitios web públicos y de su contenido”. Bruselas, 25 de septiembre de 2001 (COM 2001-529 final).

Comunicación de la Comisión “eEurope 2002: Accesibilidad de los sitios web públicos y de su contenido”, de 25 de septiembre de 2001 (COM 2001-529 final).

Comunicación, de 30 de octubre de 2003, de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones “Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad: un plan de acción europeo” (COM 2003-650 final, no publicada en el diario oficial).

Comunicación de la Comisión Europea al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre Accesibilidad electrónica (COM 2005/425, 13 de septiembre de 2005).

Comunicación de la Comisión Europea al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre “La situación de personas con discapacidad en la Europa ampliada: Plan de Acción Europeo 2008- 2009” (COM 2007/738, de 26 de noviembre de 2007).

En Europa, lo más interesante en materia de accesibilidad se encuentra en los planes “Europe” y en el texto de la "Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea" en cuyo contenido deja claro que se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.

En junio de 2000 se aprobó el "Plan de Acción eEurope 2002", desarrollado por la Comisión y Consejo de Europa a partir de la iniciativa similar de diciembre de 1999. Tal y como se puede ver en el texto del "Plan de Acción eEurope 2000", se trata de un proyecto destinado a “convertir a Europa en la economía más competitiva y dinámica del mundo”, explotando para ello todas “las oportunidades de la Nueva Economía, y especialmente, Internet”.

El plan recoge distintas acciones agrupadas en torno a tres objetivos fundamentales:



Dentro del segundo objetivo, destacan las medidas aprobadas para permitir y promover la participación de todos en la Nueva Economía y en lo que se denomina la Sociedad de la Información.

Se comienza dejando claro que “las páginas web del sector público y su contenido, en los Estados miembros y las instituciones europeas, deben diseñarse de manera que sean accesibles, a fin de que los ciudadanos con discapacidades puedan acceder a la información y aprovechar plenamente las posibilidades de la administración electrónica”.

Para la aplicación de eEurope 2002 en el ámbito de la “participación de todos en la sociedad basada en el conocimiento”, el Grupo de alto nivel ESDIS (que se ocupa del empleo y la dimensión social en la Sociedad de la Información), recibió el mandato de seguir de cerca la evolución de la accesibilidad. Además, fue constituido un Grupo de expertos llamado “Accesibilidad” destinado a asistir al Grupo de alto nivel.

La línea de actuación de Europe 2002 orientada a la accesibilidad tiene como objetivo principal “mejorar el acceso a la web de personas con discapacidades”, en consonancia con “el principio de no discriminación, proclamado en el Tratado de la Unión Europea”. Esta acción beneficia directamente a los más de 37 millones de habitantes de los países de la Unión que presentan algún tipo de discapacidad.

Para ello, se estableció el final de 2001 como fecha límite para la adopción de las Pautas de la Iniciativa de Accesibilidad a la Web (WAI, Web Accessibility Initiative). Además, en este plan, se reconoce la necesidad de acelerar la creación de un entorno legislativo adecuado, estableciendo plazos fijos para la aprobación de distintas leyes que posibiliten los objetivos marcados.

En este sentido quedó establecido el final del año 2002 (de ahí el nombre del plan) como límite para alcanzar las metas propuestas, deja claro que será necesaria la continuación del plan más allá de dicha fecha y en junio de 2002 se presenta en el Consejo Europeo de Sevilla la continuación del plan, llamado eEurope 2005. Básicamente sigue las líneas de acción propuestas por el anterior plan, actualizándolo con los logros conseguidos y la situación actual.

Como parte de este plan se encuentra la línea de acción e Inclusión, que bajo el lema “una sociedad de la información para todos”, pretende conseguir objetivos básicos como el de “garantizar que la sociedad de la información no se traduzca en exclusión social”. También es interesante resaltar que tanto el "Plan de Acción Info XXI" como su continuación "España.es" forman parte de estos grandes proyectos de Europa.

En el 2003, la Comisión Europea encargó la redacción de un estudio para la estandarización de los criterios de accesibilidad europeos. Así fue redactado el 'European Concept of Accessibility' (Francesc Aragall es el autor principal del trabajo en el que se sientan las bases de la filosofía de accesibilidad de aplicación en Europa).

En el ámbito de la legislación extraeuropea estacan la resolución 48/96, de 1993, y la Convención 61/106, de 2006, de Naciones Unidas. Estas normas suponen el firme compromiso moral y político de los estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades. Además, sientan las bases para la cooperación técnica y económica entre los estados, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

Las Naciones Unidas aprobaron el 20 de diciembre de 1993 las "Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad", cuya finalidad es “garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás”. El fundamento político y moral de estas normas se encuentra en la "Carta Internacional de Derechos Humanos".

En el texto de las normas se expresa que “aunque no son de cumplimiento obligatorio, estas normas pueden convertirse en normas internacionales consuetudinarias cuando las aplique un gran número de Estados con la intención de respetar una norma de derecho internacional. Llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades”. Además, “estas normas constituyen un instrumento normativo y de acción para personas con discapacidad y para sus organizaciones”.

El artículo 5, “Posibilidades de acceso”, de estas normas declara que “los Estados deben reconocer la importancia global de las posibilidades de acceso dentro del proceso de lograr la igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad. Para las personas con discapacidades de cualquier índole, los Estados deben (a) establecer programas de acción para que el entorno físico sea accesible y (b) adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación”.

Asimismo, se expresa que “cualquier violación del principio fundamental de igualdad y cualquier discriminación o diferencia injustificada de trato de las personas con discapacidad que contravenga las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad vulnera o invalida y menoscaba el disfrute de los derechos humanos de esas personas”.

Además, “exhorta a los gobiernos a adoptar medidas activas para velar por que las personas con discapacidad disfruten plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, en particular eliminando o facilitando la eliminación de las trabas y obstáculos al disfrute efectivo y en condiciones de igualdad de los derechos humanos de esas personas, y estableciendo políticas nacionales”.

De esta forma los pueblos de las Naciones Unidas dejan clara su preocupación por la plena integración de los discapacitados y se embarcan en el largo viaje hacia la consecución de una sociedad igualitaria y sin discriminación.

Por otra parte, y atendiendo a los Estados nacionales el país que más ha avanzado en su política de accesibilidad es Estados Unidos gracias a la ley de la Sección 508 de su "Rehabilitation Act Amendments". En 1998 se enmendó dicha ley para poder exigir que todos los productos y servicios desarrollados, adquiridos o en general usados por la administración federal fueran accesibles para los discapacitados. Para ello se dictó una serie de requisitos que estos servicios y productos deberían cumplir obligatoriamente. Estados Unidos. Sección 508, del Acta de Rehabilitación de 1973.

En Canadá el gobierno exige que las páginas del mismo sean accesibles a todas las personas con discapacidades, de acuerdo con la iniciativa y normalización de sitios web "Canadian Common Look and Feel". Orientado hacia las necesidades del usuario, se han adoptado las normas de accesibilidad WAI, al igual que la mayoría de países en el resto del mundo.

En Australia los departamentos y oficinas de la Commonwealth están obligados por la Ley sobre Discriminación de 1992 a garantizar que la información y los servicios difundidos en línea sean accesibles a los discapacitados. El Online Council aprobó la adopción de las pautas WAI como conjunto de normas más adecuado para todos los sitios web públicos de Australia. Las pautas cuentan con el apoyo de la Comisión australiana de derechos humanos e igualdad de oportunidades, así como con el de los grupos de discapacitados.

En Argentina, en el año 1981 se sancionó la Ley Nacional N° 22.431 que crea el sistema de protección integral de las personas con discapacidad. En sus artículos 20, 21 y 22 -según modificación Ley N° 24.314- se regula la accesibilidad al medio físico. El decreto reglamentario 914, detalla claramente las condiciones que deben reunir los espacios para ser accesibles: espacios arquitectónicos, urbanos y del transporte.

En el campo de la informática, la accesibilidad incluye ayudas como las tipografías de alto contraste o gran tamaño, magnificadores de pantalla, lectores y revisores de pantalla, programas de reconocimiento de voz, teclados adaptados, y otros dispositivos apuntadores y de entrada de información. Por último –aunque no se acaba con éste la lista de países que adoptan medidas para facilitar la accesibilidad– el 10 de diciembre de 2000 fue aprobada en Brasil la Ley 10.098, que define las normas generales y los criterios básicos para garantizar la accesibilidad al medio físico, a los transportes y a las comunicaciones a todas las personas con discapacidad.

Se denomina accesibilidad web la aplicada al contenido de Internet. En la Web, el W3C ha desarrollado directrices o pautas específicas para permitir y asegurar este tipo de accesibilidad. El grupo de trabajo dentro del W3C encargado de promoverla es el WAI (Web Accessibility Initiative), elaborando para ello unas Pautas de Accesibilidad al contenido Web 1.0, WCAG.

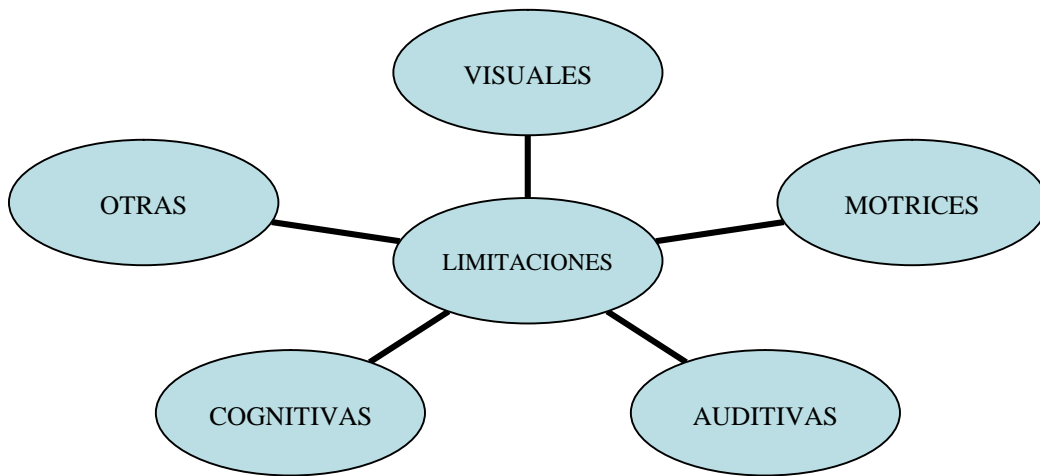
La accesibilidad web se refiere a la capacidad de acceso a la Web y a sus contenidos por todas las personas independientemente de la discapacidad (física, intelectual o técnica) que presenten o de las que se deriven del contexto de uso (tecnológicas o ambientales).

Si los contenidos están escritos en un lenguaje sencillo e ilustrados con diagramas y animaciones, los usuarios con dislexia o problemas de aprendizaje están en mejores condiciones de entenderlos.

Cuando el tamaño del texto es lo suficientemente grande, los usuarios con problemas visuales puedan leerlo sin dificultad. De igual modo, el tamaño de los botones o las áreas activas adecuado puede facilitar su uso a los usuarios que no pueden controlar el ratón con precisión.

Si se evitan las acciones que dependan de un dispositivo concreto (pulsar una tecla, hacer clic con el ratón) el usuario podrá escoger el dispositivo que más le convenga.

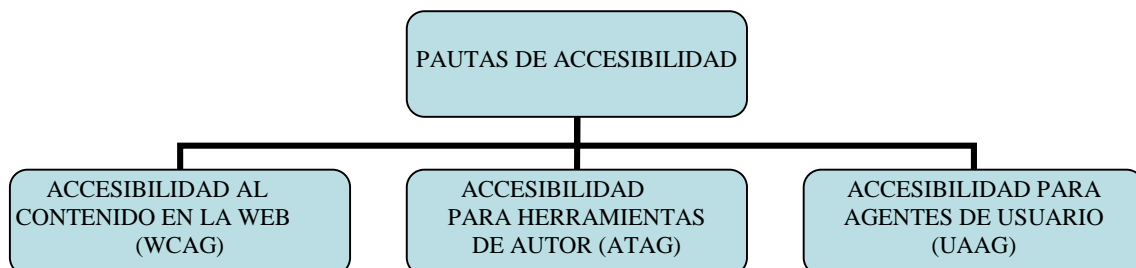
Las limitaciones en la accesibilidad de los sitios Web pueden ser:



Cuando los sitios web están diseñados pensando en la accesibilidad, todos los usuarios pueden acceder en condiciones de igualdad a los contenidos.

Por ejemplo, cuando un sitio tiene un código XHTML semánticamente correcto, se proporciona un texto equivalente alternativo a las imágenes y a los enlaces se les da un nombre significativo, esto permite a los usuarios ciegos utilizar lectores de pantalla o líneas Braille para acceder a los contenidos. Cuando los vídeos disponen de subtítulos, los usuarios con dificultades auditivas podrán entenderlos plenamente.

El máximo organismo dentro de la jerarquía de Internet que se encarga de promover la accesibilidad es el World Wide Web Consortium (W3C), en especial su grupo de trabajo Web Accessibility Initiative (WAI). En 1999 el WAI publicó la versión 1.0 de sus pautas de accesibilidad Web. Con el paso del tiempo se han convertido en un referente internacionalmente aceptado con pautas en tres bloques:



Entre las más graves formas de discapacidad que pueden afectar al ser humano se encuentran las que derivan de las dificultades de la visión, que impiden a los afectados, múltiples formas de accesibilidad y que, según su intensidad y nivel de gravedad llevan a la incapacitación para multitud de actividades de la vida diaria.

La ceguera es una discapacidad física que consiste en la pérdida total o parcial del sentido de la vista, con varios tipos, según su grado, desde de ceguera parcial a la total o a la visión reducida, siendo la degeneración macular –relacionada con la edad– una de sus principales causas entre los mayores de 50 años, que sólo en Europa afecta a unos 14 millones de personas.

Según señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay unos 37 millones de ciegos y unos 124 millones de personas con deficiencias visuales, que, por otra parte, recuerda que tres cuartas partes de los casos de ceguera son prevenibles o tratables, y que, de no mediar ninguna intervención, el número de personas ciegas irá en aumento hasta alcanzar los 75 millones para 2020.

En España se estima que existen 60.000 personas con problemas de visión, que son los cuantificados por la ONCE, aunque hay que tener en cuenta que “son por diferentes causas y en diferentes niveles”; y del orden de 2 millones de españoles con problemas de vista por enfermedades de la retina⁹³.

No obstante, se trata de una estimación difícil de concretar ya que aún no existen datos claros sobre el alcance de los problemas de visión en la población.

Muchas de las causas de ceguera evitable en países subdesarrollados están directamente relacionadas a la pobreza, incluyendo hambre, malnutrición y acceso limitado a la salud, educación, agua y servicios sanitarios. Por este motivo, “hay que incidir en la sensibilización social para que todos los Estados pongan los medios y, en los casos que se pueda erradicar, terminen con la ceguera” según Luis Palacios, presidente de la Fundación Retina España⁹⁴.

En España, se calcula que hay alrededor de 600.000 pacientes de degeneración macular húmeda y otros 400.000 de degeneración macular seca.

⁹³ La ONCE es la Organización Nacional de Ciegos de España. Fue creada el 13 de diciembre de 1938 y fusionó todas las asociaciones existentes relacionadas con los no videntes. Su actividad experimentó un fuerte incremento a partir de la década de los ochenta

⁹⁴ La Fundación Retina España fue incorporada oficialmente como miembro asociado a la organización Retina Internacional, una entidad de ámbito mundial que engloba a los colectivos nacionales relacionados con las enfermedades distróficas de la retina.

Las estimaciones hablan de que el porcentaje de personas mayores de 65 años que la padecen es del 13% con una prevalencia que oscila desde un 0,5% a los 55 años hasta un 7% en mayores de 65 años. Teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida se estima que en los próximos 20 años la prevalencia de la DMAE se puede llegar a duplicar.

Según el Profesor Don José María Ruiz Moreno, “a diferencia de otras patologías de la visión, la DMAE está indiscutiblemente ligada al envejecimiento de la población, de tal manera que los casos suelen manifestarse a partir de los 55 años de edad⁹⁵.

El elevado número de personas con problemas de visión genera la necesidad de arbitrar fórmulas para paliar unos efectos personales tan incapacitantes, circunstancia que se ha venido repitiendo a lo largo de la historia del hombre. Antes de recurrir a los avances de la tecnología, es lo cierto que la utilización de animales ha suministrado gran utilidad, especialmente los denominados perros-guía.

Un perro guía o perro lazarrillo es un perro adiestrado para guiar a aquellas personas ciegas o con deficiencia visual grave.

En la década de los 70 apenas había 50 perros guía circulando en toda España, no existiendo una legislación reguladora de este recurso y atendiese a su normalización con serias dificultades para la autorización de estos animales a acceder a los lugares públicos, lo que unido a la proliferación de estos animales generó una necesidad legislativa al respecto que, en principio ha sido asumida por las Comunidades Autónomas.

Durante el control de los deficientes visuales el perro debe tener capacidad para percatarse de peligros eventuales para el dueño debido a las barreras arquitectónicas, requiriéndose una capacidad bastante alta cuanto inteligencia y nivel de entrenamiento avanzado del animal. Aunque los perros pueden ser entrenados para esquivar diversos obstáculos, no distinguen colores como el verde y el rojo por lo que no pueden interpretar un semáforo. En aquellos casos en los que la normativa autonómica no prevea nada sobre esta materia, se aplicará la regulación estatal contenida en el Real Decreto 3250/1983, de 7 de diciembre que regula el uso de perros-guía para ciegos y deficientes visuales. De este Real Decreto podemos destacar lo siguiente:

⁹⁵ Informe publicado en el Diario La Tribuna de Albacete, el viernes 20 de septiembre 2013. Página 16

1. El perro puede acceder a todos los lugares públicos, con excepción de aquellos en los que realmente no es necesario que acceda, como un quirófano.
2. Pierden los derechos de acceder a estos lugares los perros que pueden transmitir enfermedades infecto-contagiosas y los que presenten signos de agresividad.
3. Para que la sociedad sepa qué perros tienen la acreditación de guía, tienen que llevar un distintivo que aparece dibujado en el Real Decreto.

B) Participación

Una sociedad moderna no puede permitirse prescindir de todo un bagaje de conocimientos, sabiduría y experiencias que atesoran las personas mayores en su conjunto que constituyen un segmento de población superior al 20%.

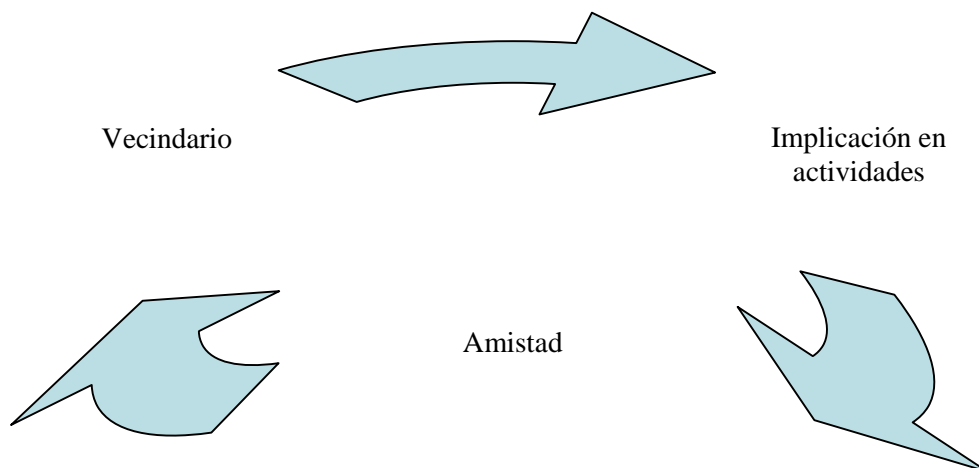
Cuando hablamos de **participación** en este contexto, queremos referirnos a la serie de mecanismos que han de activarse para favorecer el acceso de las personas mayores y su incorporación a todo tipo de actividades sociales así como al proceso de toma de decisiones dentro de la sociedad misma.

La pretensión debe ser la de crear las condiciones que promuevan el envejecimiento activo mediante: la difusión de sus beneficios, garantías de bienestar, ruptura de los estereotipos negativos, promoción de la formación continuada, del ocio saludable y el fomento de la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida. La importancia de esta participación no solo se justifica por su peso cuantitativo en la sociedad sino también por el valor de su recorrido vital, de su experiencia acumulada, aspectos que constituyen y materializan un capital humano de gran valor que debe ser aprovechado y potenciado a favor del conjunto de la sociedad.

Además, la **participación social** de las personas mayores contribuye a la calidad de vida de las mismas. Numerosos estudios han demostrado que la participación social de las personas mayores contribuye a alargar la vida y, lo que es más importante, a hacerla más útil y placentera. También ha sido relacionada con la calidad de vida medida en índices de satisfacción, depresión, integración, fragilidad, etc. La disponibilidad de tiempo conlleva la planificación del mismo, dotando de proyectos a esta etapa. Esta dotación implica un fomento del bienestar social de las personas mayores que repercute principalmente en su salud y retro alimenta su impulso participativo. La capacidad de las personas mayores para relacionarse con el entorno, el apoyo social y la integración en un mundo que puede tener tendencia a marginarlas y estigmatizarlas se convierte en uno de los aspectos fundamentales para vivir el proceso de envejecimiento como una experiencia en positivo. En la vinculación con otras personas se hace frente al aislamiento y se aumentan sus ganas de vivir y puede situar también a las personas mayores en un mejor lugar para defender su posición, su rol social, impidiendo las actitudes de menoscabo o marginación⁹⁶.

⁹⁶ II Asamblea Mundial de Envejecimiento

La **participación social** ha sido conceptualizada de diferentes modos. En ocasiones este término engloba actividades como viajar o realizar cualquier actividad fuera del hogar (Connidis y McMullin, 1992). Otros autores (McDonald, 1996) han definido la participación en base a tres dimensiones:



Al margen de este tipo de discusiones parece conveniente prestar atención a los distintos niveles de participación de cara a definir una idea de conjunto respecto al tema.

Según el grado de iniciativa, la vinculación, implicaciones y consecuencias se puede hablar de varios niveles de participación.

a) Puede ser entendida como la más básica y fundamental entre los diferentes niveles posibles y, corresponde a aquella en la que la ciudadanía toma parte de los asuntos públicos accediendo a los diferentes medios informativos por el hecho de conocer o estar informada de sus deberes y derechos, proceso que tiene implícito el límite de conocer cuál es la disponibilidad real de la información pública y que ésta sea de calidad, es decir, clara, pertinente, oportuna y precisa. Se trata de una participación como consulta no vinculante, que corresponde a una forma de participación que se caracteriza por no implicar una relación directa con el proceso de toma de decisiones. Es decir, los resultados de la consulta no tienen mayor impacto pues la decisión suele radicar en un tercero sin intervención del sujeto que la practica.

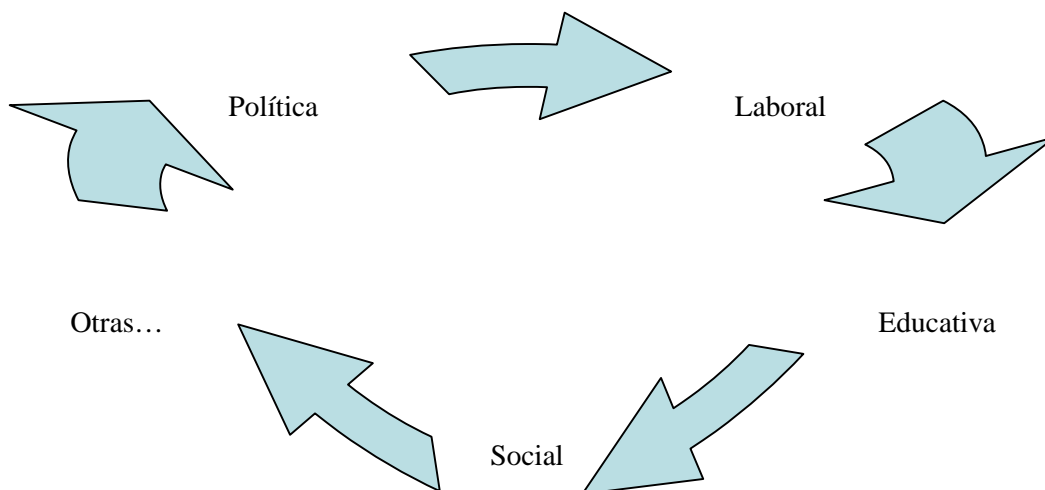
b) En oposición a ese tipo de participación podemos considerar la participación como consulta vinculante que sería una forma más avanzada al tomar en cuenta la opinión o parecer de las personas. Esto requiere de personas informadas, pues adquiere sentido en la medida que éstas poseen conocimiento respecto de los temas que se les preguntan.

c) La participación como co-gestión o co-ejecución constituiría un modo referido a la realización conjunta entre las partes, sin que necesariamente haya existido un proceso de decisión conjunta.

d) La participación como control es una forma avanzada de participación ciudadana, pues alude a la posibilidad de emprender acciones de fiscalización con respecto a la gestión pública. Es decir, en este nivel, la ciudadanía puede participar en instancias de evaluación o auditoría de las distintas etapas o fases de un proyecto.

e) La participación del tipo coimplicación o codirección corresponde a aquella forma que idealmente, incorpora a todas las anteriores, pero que se traduce en la concertación de voluntades, formación de alianzas y participación en las decisiones, en conjunto con las instituciones que dan forma a una oferta de participación⁹⁷.

Del mismo modo, la participación social puede darse en diferentes planos sociales como:



Desde otro punto de vista, es importante mencionar el énfasis de los equipos investigadores por dotar a los análisis sobre la participación social de una perspectiva de género, deduciendo que las mujeres son más de la mitad de las personas mayores, las que llegan a edades más tardías y se configuran como un elemento indispensable para mantener el bienestar social. Está claro que mujeres y hombres mayores, por razones obvias de edad, arrastran la carga social asignada a su género materializándose la participación social de forma muy dispar entre ellos y ellas.

⁹⁷ IMSERSO. La participación social de las personas mayores. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. N° 110005. Madrid. 2008.4

Este hecho implica que mujeres y hombres no envejecen de la misma forma, llegando a esta etapa en condiciones muy dispares pudiendo afirmarse que “Las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debería ser una prioridad en todas partes. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes”⁹⁸.

La Comunidad Autónoma del País Vasco ha llevado a cabo el denominado Sistema de Indicadores sobre la participación de mayores⁹⁹. Se presenta compuesto por un total de 114 criterios estructurados en diversos bloques que responden a los diferentes planos sociales en los que las personas mayores pueden ejercer la participación.

Cada uno de los bloques ofrece una batería de indicadores que han sido seleccionados para su medición si bien es cierto que algunos de los indicadores pudieran formar parte además de un bloque. Además, y previo al análisis de los indicadores, se ofrece una contextualización de cohorte cuantitativo que cuantifica al colectivo objeto de estudio al tiempo que ofrece información sobre algunas de sus características sociodemográficas: nivel de instrucción, tipo de hogar y nivel de ingresos.

1.- Participación política. Sobre la base de que uno de los principios básicos de cualquier país democrático es la participación de la ciudadanía en la política, esta área se aproxima al grado de participación de las personas mayores en el ámbito político así como al interés que éstas muestran por la política ya sea de manera directa o bien por medio de representantes. Nos remite a actividades como votar, participar en algún partido político o discutir asuntos de la vida política.

De manera muy general se entiende por participación política aquella actividad colectiva o individual que ejerce la ciudadanía que se dirige a intervenir en la designación de sus gobernantes y/o a influir en estos y estas con respecto a una política de un estado.

⁹⁸ II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento

⁹⁹ Proyecto realizado en la Comunidad Autónoma del País Vasco

La **participación política** se asocia con los momentos de expansión de la idea de soberanía popular que terminarán expresándose bajo formas de movilización muy diferentes. Estas formas van desde el sufragio individual a los grandes procesos de acción colectiva, desde modelos convencionales hasta otros no convencionales.

Resulta clave atender a las distintas formas de participación política que pueden estar ejerciendo las personas mayores así como ahondar en los nuevos cauces de participación que se están abriendo en la actualidad. Sin embargo, como se ha dicho las formas de participación política presentan una gran diversidad y no resulta fácil su medición por lo que la información estadística disponible tiende a ser heterogénea, difícil de precisar y muy variable.

La participación voluntaria en organizaciones no lucrativas así como el apoyo informal de carácter voluntario ha sido recogido en los bloques relativos a ámbito social y cuidado en el ámbito familiar, bajo epígrafes como interés y afinidad política o Participación electoral. Una de las principales expresiones de participación política es la participación de la ciudadanía en los procesos electorales.

Los datos reflejan que este tipo de participación es algo superior entre la población mayor en comparación con el conjunto de la población. Así, el 85% de las personas de este segmento de la población acudió a votar y votó en las elecciones autonómicas vascas de 2009, frente al 73,7% de la población con edad para votar.

El porcentaje de personas mayores en España que votó en las elecciones generales celebradas en 2011 está situado en torno a un 86,6%.

En cuanto a la participación en asociaciones políticas y sindicales, los datos revelan que en la actualidad, en torno al 1% de la población de 65 o más años pertenece y participa en un partido político, de manera que la participación de las personas mayores se sitúa por debajo de la media de la población total así como por debajo de la media de la población más joven (4%).

Por otro lado, y en lo que respecta a la participación de las personas mayores de 65 años en organizaciones sindicales o asociaciones empresariales, los datos ponen de relieve que el 1% de este segmento de la población pertenece y participa en este tipo de organizaciones.

Como cabía esperar, el porcentaje de personas mayores que participan en estas organizaciones -vinculadas en mayor medida al ámbito laboral- se sitúa por debajo del porcentaje para el conjunto de la población (9%) y es también inferior al del segmento de edad más joven (12%).

Más allá de ejercer el derecho a voto o participar en un partido político existen otras acciones más concretas en las que se manifiesta la cultura participativa de una sociedad. Así, la participación de las personas mayores en acciones políticas y sociales de diferente índole (participación en manifestaciones, huelgas, actividades de protesta, etc.) oscila entre el 4% y el 12%, aunque por encima de los niveles de participación de la población mayor de 65 años en el conjunto de España entre 1,8% y 9,1%.

Participar en una manifestación autorizada es la expresión de participación política más frecuente entre las personas mayores (12%), igual que sucede en el conjunto de la población (33%) –aunque en el caso de conjunto de la población participar en una huelga tiene el mismo peso que manifestarse. En cambio, a nivel estatal la acción más habitual es la de firmar una petición, ya sea en persona o por Internet (9,1%). La acción que menos apoyo consigue de las personas mayores en España, es la de participar en una huelga (4% y 1,8% respectivamente).

Algunos estudios dan cuenta de las diferencias existentes entre mujeres y hombres a la hora de participar en ciertas acciones políticas extra institucionales o menos convencionales. Tomando como referencia algunos indicadores muy concretos (utilizar una pegatina de una campaña política, contactar con personas que ejercen la política, colaborar en la recaudación de fondos para una actividad política o expresar su opinión sobre un tema político en un medio de comunicación) se advierte que independientemente de la edad la participación en acciones políticas de las mujeres es inferior a la de los hombres. Un 5% de los hombres y un 3% de las mujeres de 65 o más años ha utilizado (durante el año previo a la consulta) una pegatina o un distintivo de una campaña política. En el caso de la población total estos porcentajes son de 9% y 7% respectivamente. Un 3% de los hombres afirma haber colaborado o recaudado fondos para una actividad política, porcentaje de nuevo algo superior al de las mujeres (1%). En el conjunto de la población, estos porcentajes son de 6% y 3%. Por otra parte, un 3% de los hombres de 65 o más años y un 2% de las mujeres de esta edad contactó con un o una política o un cargo electo, algo que ha hecho el 5% de las mujeres y el 8% de los hombres del conjunto de la sociedad.

Además, el 3% de las mujeres y un 6% de los hombres ha expresado su opinión sobre un tema político en un medio de comunicación, porcentaje que se reduce al 1% si nos centramos en el colectivo de personas de 65 o más años (tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres). En cuanto al interés por las cuestiones políticas se advierte que una importante proporción de personas mayores está interesada en estas cuestiones, si bien el interés está por debajo del que suscita en el conjunto de la sociedad. Así, el 25% de las personas de 65 o más años está muy o bastante interesado en la política, porcentaje que asciende al 30% entre la población total de 18 años o más y al 31% entre el segmento de la población más joven (de 18 a 29 años).

Paralelamente, en torno a cuatro de cada diez personas mayores (41%) asegura no tener ningún interés por la política, una tasa algo más elevada que la de la población mayor de edad en su conjunto (34%) y también que el de la población más joven (33%).

Aunque el interés por la política de la población mayor resulta algo menor que el de la población en su conjunto, cabe señalar una mayor proximidad de este segmento de la sociedad a los partidos políticos, especialmente si se compara con el segmento de la población más joven. Así, el 25% de la población mayor reconoce sentirse muy o bastante próximo a algún partido político, porcentaje que desciende a 19% en el caso de la población total y a un 12% entre la población más joven (18 a 29 años). En coherencia con estos datos, el porcentaje de personas mayores que no se siente próximas a ninguna opción política es del 36%, por debajo del 42% de la población en su conjunto y del 48% del segmento más joven. De igual modo, el porcentaje de personas mayores España que se definirían como apolíticas es de 7,4%, la mitad del que corresponde al conjunto de la población (6% y 12% respectivamente).

El posicionamiento ideológico de las personas mayores en España viene a significarse por estos rasgos: En una escala de 0 a 10 (siendo 0 extrema izquierda y 10 extrema derecha) los mayores de 65 o más años se posicionan en una media de 4,7. El posicionamiento de la población en su conjunto tiende algo más hacia la izquierda, alcanzando una media de 4,0 en la misma escala.

En suma, la participación electoral alcanza unas mayores tasas entre las personas de 65 o más años en comparación que el conjunto de la sociedad. No obstante, la participación de estas personas en partidos políticos y especialmente en sindicatos se sitúa por debajo de la media para el conjunto de la población.

Por otro lado, cabe destacar un menor interés de las personas mayores por la política cuando se habla en términos generales (cuatro de cada diez personas mayores no muestra ningún interés). Sin embargo, las personas mayores se sienten más próximas a los partidos políticos que la población en general al tiempo que se definen en menor medida como apolíticos o apolíticas. Es la población más joven (entre 18 y 29 años) quien, a pesar de mostrar algo más de interés por la política, se siente más alejada de los partidos políticos.

Las acciones de participación política de la población de más edad tienden a ser limitadas y durante el año 2011 la acción ejercida por un mayor número de personas mayores fue la de manifestarse de manera autorizada, acción que fue ejercida por el 12% de las personas mayores y por el 33% de la población en general.

Después de la participación en manifestaciones autorizadas y la firma de peticiones reivindicativas, dar a conocer su punto de vista en un debate o foro on line es la actividad donde más participan las personas mayores (8%). Además, aunque esta actividad es realizada por un mayor porcentaje de personas si se toma como referencia la población en su conjunto (13%) la distancia entre un grupo y otro es menor que la registrada en otro tipo de actividades participativas. Por otro lado, muy pocas son las personas mayores que han expresado su opinión sobre un tema político en un medio de comunicación (1%).

En resumen, aunque la acción de votar en los procesos electorales tiene más calado entre la población de más edad, las acciones participativas menos convencionales están menos presentes en este colectivo que en la población en su conjunto. Además, las mujeres mayores muestran una menor participación en acciones políticas y sindicales.

Por otro lado, cabe destacar un menor interés de las personas mayores por la política cuando se habla en términos generales (cuatro de cada diez personas mayores no muestra ningún interés). Sin embargo, las personas mayores se sienten más próximas a los partidos políticos que la población en general al tiempo que se definen en menor medida como apolíticos o apolíticas.

La participación en manifestaciones autorizadas y la firma de peticiones reivindicativas, dar a conocer su punto de vista en un debate o foro on line sea la actividad donde más participan las personas mayores (8%).

Además, aunque esta actividad es realizada por un mayor porcentaje de personas si se toma como referencia la población en su conjunto (13%) la distancia entre un grupo y otro es menor que la registrada en otro tipo de actividades participativas. Por otro lado, muy pocas son las personas mayores que han expresado su opinión sobre un tema político en un medio de comunicación (1%).

Aunque la acción de votar en los procesos electorales tiene más calado entre la población de más edad, las acciones participativas menos convencionales están menos presentes en este colectivo que en la población en su conjunto. Además, las mujeres mayores muestran una menor participación en acciones políticas y sindicales.

2.- Participación laboral. Bloque que recoge la participación de las personas mayores en el mercado de trabajo a través de las principales variables del mismo: población activa, empleo y desempleo.

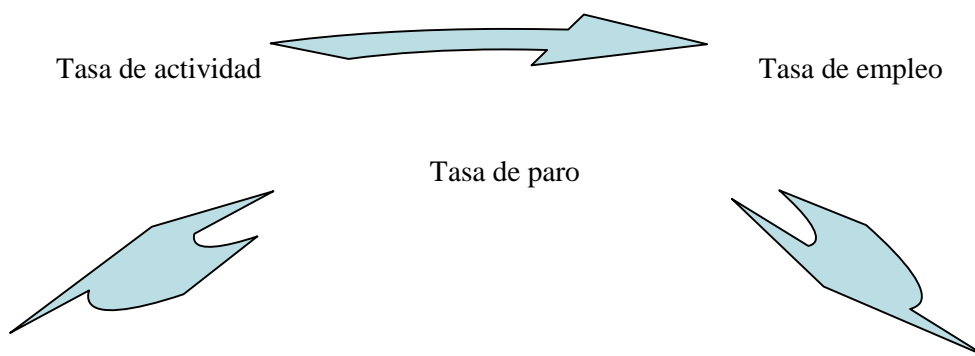
El desarrollo vital de gran parte de la población pasa por su participación en el mercado de trabajo a lo largo de una parte importante de su vida.

Por eso, el cese de la actividad laboral por jubilación es una de las consecuencias más directas vinculadas a la edad. Esto conlleva consecuencias sustanciales para estas personas: más tiempo libre, reformulación de la actividad ejercida a lo largo del día, cambios en el nivel adquisitivo, etc.

Este cambio vital supone no sólo un cambio de actividad sino también un cambio de actitud ya que afecta a planos muy diversos de la vida como el económico, el relacional, el psicológico, etc. y supone una etapa de cambio para aquellas personas que dejan de ejercer una actividad a la que se dedicaba una parte sustancial de la vida.

Las tasas de actividad y empleo entre la población de 55 o más años rondan el 20%. Estas tasas son inferiores en el caso de las mujeres. Además, cabe apuntar que la tasa de paro femenina –que se sitúa en el 9,6% supera en más de un punto la masculina en este tramo de edad. El colectivo de población de 55 y más años representa aproximadamente un 8% del total de la población parada.

Vamos a realizar una breve reseña de algunos datos que reflejan la participación de las personas mayores en el mercado laboral a través de las principales macrovariables del mismo, tomando como referencia la población de 55 o más años. Concretamente los 4 indicadores seleccionados en este bloque son:



En 2012 la tasa de actividad de las personas de 55 o más años se sitúa en un 22,4%, algo superior al de las mujeres de esa misma edad (17,1%). En este mismo tramo de edad, el porcentaje de personas empleadas se sitúa en el 18,4% y de nuevo en torno a cuatro puntos superior a la tasa femenina (15,5%).

La tasa de paro entre las personas de 55 o más años se sitúa en un 18,0%, que afecta a casi 2 de cada 10 personas (18%). La tasa de paro de las mujeres mayores es de un 9,6%. El peso de la población de 55 o más años sobre el total de población parada es reducido, lo que resulta comprensible si se tiene en cuenta que es una edad muy próxima a la edad de jubilación.

Sobre el total de personas paradas aquellas de 55 o más años representan un 8,9%. En definitiva, las tasas de actividad y empleo entre la población de 55 o más años rondan el 20%, inferiores en el caso de las mujeres. La tasa de paro femenina – que se sitúa en el 9,6% supera en más de un punto la masculina en este tramo de edad.

El colectivo de población de 55 y más años representa aproximadamente un 8% del total de la población parada.

3.- Participación en el ámbito educativo. Se adentra en la participación de las personas mayores en la educación. Los indicadores se refieren a la realización de formación o su interés por ésta.

La educación, el aprendizaje permanente o la adquisición de conocimientos y actitudes juega un papel fundamental para el desarrollo de las personas así como para su participación en la sociedad. Un elevado número de personas de 65 o más años carecen de estudios o son analfabetas en España, siendo en ambos casos la proporción de mujeres superior a la de hombres. De igual modo, el porcentaje de quienes cuentan sólo con estudios primarios es también elevado en este segmento de la población.

Este hecho repercute en la realidad concreta del colectivo por cuanto tiene especial relevancia el aprendizaje permanente y la oferta formativa adaptada a sus necesidades específicas, así como los programas de educación para personas mayores.

En los últimos años ha crecido notoriamente la oferta formativa para el colectivo de personas de más edad (cursos y talleres de alfabetización, formación en las nuevas tecnologías, cursos y talleres de temáticas diversas, programas universitarios para personas mayores, etc.). Todo ello contribuye notoriamente al envejecimiento activo de las personas así como a la participación y presencia de las personas mayores en la sociedad. En 2011 casi la mitad la población de 65 o más años (48%) había oído hablar del término aprendizaje a lo largo del tiempo, un porcentaje algo inferior al del conjunto de la población de 18 o más años (55%), aunque superior al de las personas mayores que en 2008 habían oído hablar del aprendizaje permanente (31%).

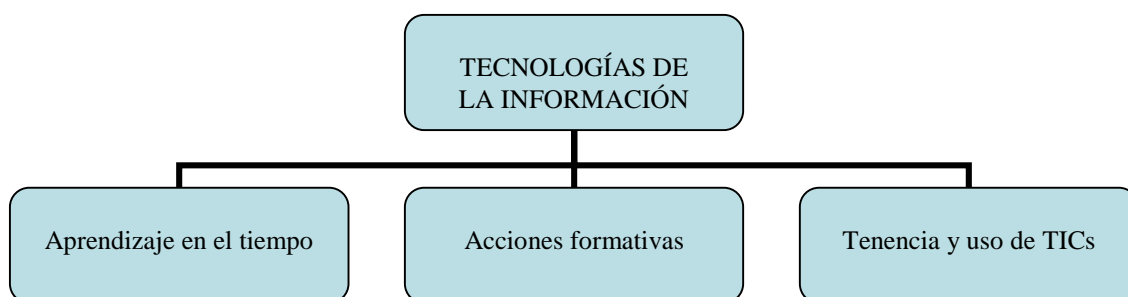
Si se atiende a la importancia que se le otorga a la formación, los datos ponen de relieve que esta cuestión es bastante o muy importante para la mayor parte de la población en general (87%) y también para las personas mayores (84%).

Además, los datos reflejan un incremento en los últimos años en la importancia que la población mayor otorga a esta cuestión. Así, en 2008 el 79% de estas personas consideraba la formación bastante o muy relevante, porcentaje que asciende al 84% en 2011.

En lo que respecta a la participación en acciones formativas, los datos ponen de relieve que en 2009 una de cada tres personas de 60 o más años (33,2%) realizan algún tipo de formación complementaria de música, porcentaje notablemente superior al registrado por este mismo segmento de la población en 2004 (19,8%) así como al del conjunto de la población no estudiante (12,2%).

Además, se advierte una importante proporción de personas mayores que realizan estudios relacionados con las aplicaciones informáticas, tanto en 2009 (20,1%) como en 2004 (22,5%). El interés por esta materia parece ser mayor entre este segmento de la población en comparación con el resto de edades ya que entre el conjunto de la población no estudiante el porcentaje que realiza este tipo de formación desciende al 12,8%. Cabe señalar que un porcentaje de personas mayores (12,8%) realiza estudios complementarios de inglés, un 3,4% menos que en 2004 y por debajo de la media de la población no estudiante en su conjunto (18,9%).

Se incluyen también, por su relevancia en la formación y en la propia participación social, indicadores específicos relacionados con el uso de las TIC. Al igual que la oferta formativa, el acceso y uso de las TIC puede jugar un papel activador en las condiciones de las personas mayores para la participación social. Estas aplicaciones ofrecen la capacidad de acceder y contribuir a la información, las ideas y el conocimiento universal, lo que facilita la integración de todas las personas.



Independientemente de la materia, algunos datos indican que en 2011 un 10% de la población de 65 o más años ha realizado algún curso o acción formativa en los 12 meses previos a la consulta, este porcentaje es algo inferior a los datos relativos a 2008, año en el que un 13% de las personas de esta edad aseguraba haber realizado algún curso en dicho periodo.

La participación en acciones formativas en este periodo de tiempo asciende a 34% cuando se trata de la población en su conjunto. Cabe destacar que el 21% de las personas de 65 o más años que no habían realizado ningún curso en los últimos 12 meses aseguraba no haberlo hecho por sentirse “demasiado mayor” para realizar ese tipo de actividades.

Este motivo parece estar estrechamente vinculado a este colectivo ya que atendiendo a la población en su conjunto únicamente el 7% apela a la edad como razón para no realizar ningún curso. En 2008 el porcentaje de personas mayores que no se habían formado por considerar que no tenían edad para ello era algo superior (23%).

Independientemente de que hayan o no realizado algún curso formativo, los datos destacan que el 9% de las personas de 65 o más años asegura tener interés o intención de hacer algún curso o actividad formativa en los próximos 12 meses, porcentaje ligeramente superior al que se registraba en 2008 (8%).

Atendiendo a la población en su conjunto, el interés o intención de involucrarse en este tipo de actividades es notablemente superior y asciende hasta el 27%.

Si se atiende exclusivamente a las personas mayores que tienen intención de realizar un curso en los próximos 12 meses, se advierte que una de las cuestiones que más les motiva a realizar este tipo de acciones es que “les gusta el tema”, así lo afirman en torno a seis de cada diez personas de 65 o más años (62%). Esta motivación pierde fuerza en el conjunto de la población con intención de formarse, para quienes las motivaciones están más relacionadas con las salidas profesionales (el hecho de ser necesarios o convenientes para los estudios o el trabajo o la capacidad del curso para mejorar la cualificación profesional). También “la curiosidad, el aprender cosas nuevas” es un motivo que destaca el 51% de la población de 65 años o más, motivo mucho menos señalado entre el conjunto de la población (24%).

En definitiva, parece que la formación ha ido adquiriendo en los últimos años mayor relevancia entre las personas mayores, si bien el nivel de participación en acciones formativas de este colectivo es considerablemente inferior al de otros grupos de edad. Aunque los datos no permiten verificar un aumento en el porcentaje de personas que ha realizado cursos o acciones formativas en los 12 meses previos a la consulta, sí se advierte una mayor proporción de personas de 65 o más años que se plantean realizar alguno en el futuro.

El sentirse mayor es uno de los motivos por los que las personas de más edad no realizan ninguna formación y el interés por la temática o la curiosidad y el deseo de aprender cosas nuevas son motivos de peso a la hora de animarse a realizar algún tipo de formación, a diferencia de la población en su conjunto que vincula en mayor medida la formación con la cualificación y el desarrollo profesional.

Los datos sobre tenencia de TIC revelan que en 2012 alrededor de siete de cada diez personas disponen de ordenador en el hogar, porcentaje que asciende al 95% si se atiende a los hogares en los que hay personas con edades entre los 15 a 24 años. El porcentaje desciende significativamente cuando se trata de los hogares de la población de más edad ya que en estos casos sólo tres de cada diez cuenta con ordenador.

La tenencia de internet en el hogar desciende levemente con respecto a la tenencia de ordenador en los distintos grupos poblacionales.

El 66,7% de los hogares dispone de internet y el 93,1% cuando se trata de hogares en los que se encuentra la población más joven. En los hogares de las personas de 65 o más años el 27,1% dispone de internet.

El móvil es la tecnología más extendida en los hogares de la población en su conjunto ya que el 94,4% de los hogares dispone de móvil aunque se advierten diferencias en función de la edad de las personas del hogar.

Casi el cien por cien de los hogares en los que residen jóvenes de 15 a 24 años dispone de este dispositivo, mientras que el porcentaje de hogares con personas de 65 o más años que cuentan con móvil es del 81,5%. En cuanto al uso de este tipo de tecnologías, los datos revelan que $\frac{3}{4}$ partes de la población de 65 a 74 años ha hecho uso de teléfono móvil en los últimos tres meses. Apenas se advierten diferencias en el uso del móvil en función del sexo –el 75,9% de las mujeres lo ha utilizado en este periodo de tiempo. Por otro lado, el 28,6% de la población de 65 a 74 años ha utilizado el ordenador alguna vez.

Los datos sobre el uso reciente del ordenador (en los últimos 3 meses) ponen de manifiesto que la población de 65 a 74 años ha utilizado el ordenador en este periodo de tiempo, un 20,6%.

En cuanto al uso de Internet, cabe destacar que el 21,2% de personas de 65 a 74 años han utilizado internet alguna vez en la vida, porcentaje muy por debajo de las tasas de uso de internet por parte de la población en su conjunto (78%).

El porcentaje de personas entre 65 y 74 años que ha utilizado internet en los últimos 3 meses es de 18,3%. También las mujeres mayores han usado internet en los últimos 3 meses en menor medida que los hombres.

Analizando el uso habitual de internet se advierte que en torno al 15,7% de las población de 65 a 74 años utiliza internet al menos una vez por semana, porcentaje que se reduce en el caso de las mujeres.

Cabe señalar que en torno a una de cada diez personas mayores ha realizado alguna compra a través de internet, un 6,7% en el caso de la población mayor española. En los últimos tres meses se advierte que el porcentaje de mujeres de 65 a 74 años que lo ha hecho (3,4%) es inferior al de la población total de dicha edad (5,9%).

En resumen, a excepción del teléfono móvil dispositivo generalizado en todos los tramos de edad, se advierte una tendencia mucho más baja de elementos TIC (ordenador e Internet) entre las personas de 65 y más años en comparación con el conjunto de la sociedad, que se incrementa si se compara con la población más joven (de 15 a 24 años), pudiendo afirmarse que la utilización de servicios relacionados con las TIC – independientemente del tipo de servicio del que se trate se reducen notablemente a medida que avanza la edad. Además, se advierte un mayor uso de estas tecnologías entre los hombres mayores (entre 65 y 74 años) en comparación con las mujeres de la misma edad.

En resumen, parece que la formación ha ido adquiriendo en los últimos años mayor relevancia entre las personas mayores, si bien el nivel de participación en acciones formativas de este colectivo es considerablemente inferior al de otros grupos de edad. Aunque los datos no permiten verificar un aumento en el porcentaje de personas que ha realizado cursos o acciones formativas en los 12 meses previos a la consulta, sí se advierte una mayor proporción de personas de 65 o más años que se plantean realizar alguno en el futuro.

El hecho de sentirse mayor es uno de los motivos por los que las personas de más edad no realizan ninguna formación y el interés por la temática o la curiosidad y el deseo de aprender cosas nuevas son motivos de peso a la hora de animarse a realizar algún tipo de formación, a diferencia de la población en su conjunto que vincula en mayor medida la formación con la cualificación y el desarrollo profesional.

En lo que se refiere a la tenencia y uso de las nuevas tecnologías, los datos revelan que a excepción del teléfono móvil, dispositivo generalizado en todos los tramos de edad, se advierte una tenencia mucho más baja de elementos TIC (ordenador e Internet) entre las personas de 65 y más años en comparación con el conjunto de la sociedad, que se incrementa aún más si se compara con la población más joven (de 15 a 24 años). Los porcentajes de utilización de servicios relacionados con las TIC – independientemente del tipo de servicio del que se trate se reducen notablemente a medida que avanza la edad.

Además, se advierte un mayor uso de estas tecnologías entre los hombres mayores (entre 65 y 74 años) en comparación con las mujeres de la misma edad.

4.- **Participación social.** Recoge el concepto restringido de participación social, aquel que se refiere a la participación en asociaciones y movimientos sociales. Incluye indicadores sobre asociacionismo, acciones solidarias, movimientos sociales, etc.

Cuando se habla del voluntariado en el sentido más amplio (voluntariado en el seno de una organización, apoyo informal a otros hogares, reuniones, etc.) la tasa de participación de las personas mayores supera ampliamente la de la población en su conjunto (29,2 frente a 15,3%).

Si se atiende exclusivamente al voluntariado que se desarrolla en el seno de las organizaciones sociales, los datos ponen de relieve que el 5,5% de la población de 65 o más años participa en este tipo de actividades. Así mismo, la población mayor de 65 años representa el 26,4% del total de personas voluntarias actualmente.

Cabe destacar el interés diferenciado que se advierte entre la población de más edad y la población en su conjunto a la hora de optar por el ámbito al que se circunscriben las organizaciones en las que participan. Las confesiones religiosas son las más populares entre el segmento de población de más edad, seguido de las organizaciones de acción social vinculadas con la promoción y ayuda a colectivos en situación de exclusión.

5.- **Participación y medios de comunicación.** Este bloque incluye información sobre la relación de las personas mayores con los medios de comunicación, especialmente como receptores de información. Contiene indicadores de hábitos en relación con los medios de comunicación (prensa, radio y televisión).

Los medios de comunicación juegan un papel importante en la sociedad actual. Son canales de información, de difusión de contenidos, espacios de conocimiento, divulgadores de noticias, generadores de espacio de ocio, etc.

Los medios de comunicación de masas (televisión, radio, prensa, etc.) son aquellos que proporcionan información a gran parte de la sociedad (a diferencia de los medios de comunicación interpersonales como puede ser, por ejemplo, el teléfono). En éstos la transmisión suele ser unidireccional ya que la información se transmite sin que pueda ser retroalimentada por la persona receptora.

Son, sin duda, herramientas de información e interacción pero además juegan un papel fundamental en la creación de la opinión pública e influyen sustancialmente en los hábitos de consumo, las creencias, intereses, comportamientos, etc. de la sociedad en su conjunto.

Sin embargo, no puede obviarse la revolución de los medios virtuales que posibilitan nuevos espacios de información y comunicación además de favorecer la interrelación en los medios tradicionales (por ejemplo, a través de los comentarios que lectores y lectoras puede hacer a través de internet a las noticias que los periódicos cuelgan en su sección digital). Estos medios posibilitan hoy día una comunicación de masas inmediata y globalizada.

Este apartado se centra, de manera exclusiva, en los medios de comunicación tradicionales (prensa, radio y televisión) ya que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación ha sido abordado en el apartado Educación. En él se pretende dar cuenta del vínculo que tienen las personas de más edad con los medios de comunicación, principalmente como receptores de información y personas usuarias de los distintos medios analizados. Vamos a referirnos brevemente a: 1) Uso de medios de comunicación; 2) Hábito de lectura de prensa.

En definitiva, el consumo de medios de comunicación (lectura de prensa, libros, televisión, radio, DVDs, etc.) es una tendencia generalizada en la población en su conjunto independientemente de la edad si bien se advierten diferencias según medios concretos. Así, la prensa tiene un mayor número de adeptos que las revistas y es sobre todo la población más joven quien lee de manera habitual tanto diarios como revistas.

No obstante, la lectura de diarios es bastante común entre la población de más edad (seis de cada diez lee habitualmente prensa) mientras que la lectura de revistas es menor (36% lee habitualmente).

Por su parte, el consumo televisivo y el de radio es mayor en la población de más edad que en el conjunto de la sociedad, tanto los días laborables como los fines de semana. Las mayores diferencias se dan con la población más joven (15 a 24 años) ya que en ambos casos el consumo en este grupo de edad es notoriamente inferior. Además, llama la atención que el porcentaje de personas mayores que hace uso elevado de la televisión (5 horas o más al día) se duplique los días laborales con respecto al de la población en su conjunto y lo mismo ocurre con el consumo elevado de radio, si bien en este caso son los domingos y festivos los días que más diferencias se observan.

6.- Participación en actividades de ocio y tiempo libre. En esta área se han recogido indicadores de participación y asistencia a distintas actividades relacionadas con el ocio y el tiempo libre.

Se advierte que el deporte y las actividades al aire libre (pasear, correr, deportes acuáticos, la pesca, etc.) están presentes entre la población de más edad en su conjunto, si bien es cierto que cuatro de cada diez personas no realizan deporte o actividad física alguna. Cuando se trata de actividades físicas muy activas se reduce notoriamente el peso de las personas mayores que las realizan. Al igual que ocurre con el deporte y las actividades físicas, en torno a seis de cada diez personas de 65 o más años participan en actividades relacionadas con la vida social y la diversión. Aunque es superior el porcentaje de personas mayores que realiza este tipo de actividades en comparación con la población en general, el tiempo que dedican las personas mayores a la vida social y a la diversión es inferior al dedicado por la población en su conjunto.

La gran mayoría de la población, no tiene el hábito de participar en actividades culturales exceptuando la lectura, la escucha de música o la asistencia al cine: la mitad de la población nunca o casi nunca asiste al teatro, en torno a ocho de cada diez personas nunca o casi nunca asiste a la lírica o a la danza, etc.

La población mayor de 65 años que en líneas generales muestra una tendencia similar presenta niveles inferiores a los de otros grupos de edad en el hábito de lectura de libros de ocio así como en la asistencia a buena parte de las actividades que forman parte de la oferta cultural (biblioteca, exposiciones, teatro, cine...).

7.- Participación en el ámbito de la familia. Se han recogido indicadores relativos a la participación de las personas mayores en el entorno familiar, principalmente vinculados con el cuidado de personas.

Más de la mitad de la población de 65 o más años nunca sale fuera de casa a comer o cenar los fines de semana, una costumbre que sin embargo parece estar bastante arraigada entre otros grupos de edad ya que de media el 67,5% de la población lo hace. Tampoco viajar los fines de semana es un hábito generalizado entre las personas mayores (seis de cada diez nunca lo hace).

Las personas mayores parecen estar teniendo un papel fundamental en el cuidado a otras personas, sobre todo cuando se trata del cuidado de la población infantil.

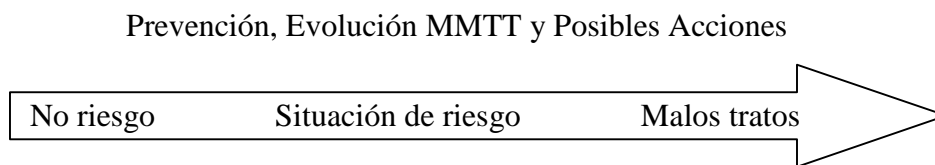
Sin duda, el hecho de que casi la mitad de la población de 60 o más años señale participar en el cuidado de los y las nietas o que en 2004 casi cuatro de cada diez hogares con menores a cargo recurriera a los y las abuelas para el cuidado de la población menor da cuenta del apoyo informal que están realizando las personas mayores.

9.- ASPECTOS PREVENTIVOS DEL MALTRATO

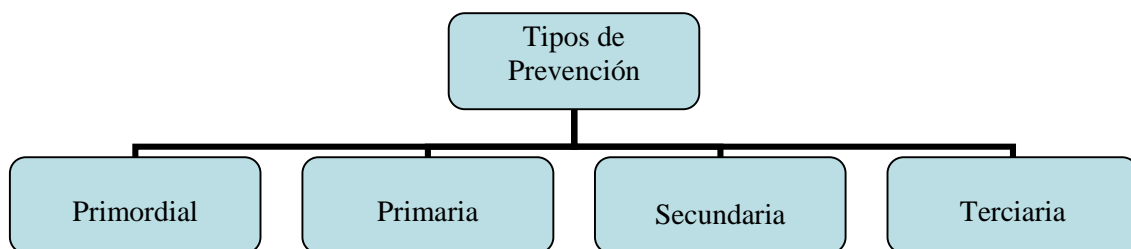
9.1.- La prevención y sus tipos

Como en cualquier faceta de la vida de la que pueda sobrevenir un mal resultado, es lo más prudente práctico y efectivo la prevención de los hechos que hayan de originar el daño. En el caso que nos ocupa, si cualquier profesional tiene una presunción razonable de la existencia de MTPM tiene la obligación de desencadenar actuaciones tendentes a la prevención primordial poniendo en práctica determinadas habilidades clínicas, de comunicación o éticas y utilizando recursos tanto sanitarios como sociales o legales, según convenga con un objetivo claro y primordial consistente en garantizar la seguridad de la víctima evitando que la situación de malos tratos se mantenga o se repita, manteniendo una serie de principios que los expertos consideran de importancia con carácter general (Moya Bernal, A., Barbero Gutiérrez, J. (coord.) Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. IMSERSO, 2006: 141).

La obra citada plantea la intervención ante el fenómeno del maltrato a personas mayores como un proceso que se inicia con la prevención primordial y trata de sistematizar los diferentes tipos de actuación desde prevenir, detectar, intervenir en una crisis.



La dimensión preventiva implica a todos los sectores sociales: profesionales, familiares, organizaciones sanitarias, de servicios sociales y docentes, a los mismos mayores y, en definitiva, a toda la estructura social.



OBJETIVOS DE LOS DIVERSOS NIVELES DE PREVENCIÓN	
NIVEL	OBJETIVO
PRIMORDIAL	Evitar la aparición y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a aumentar el riesgo de malos tratos.
PRIMARIA	Evitar la aparición de casos nuevos (incidencia) de malos tratos mediante el control de las causas y de los factores de riesgo.
SECUNDARIA	Reducir la prevalencia de malos tratos mediante la detección precoz de los casos ocultos y la intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia.
TERCIARIA	Reducir el progreso o las consecuencias de una situación de malos tratos ya establecida, minimizando las secuelas y sufrimientos causados.

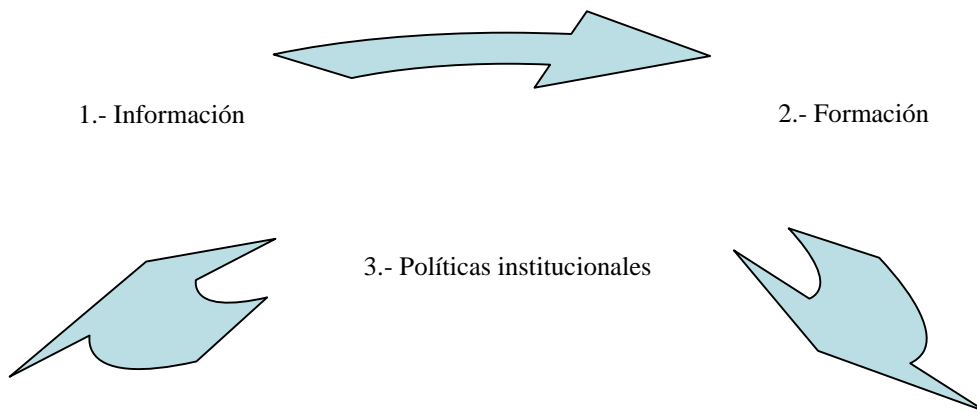
Como todos los problemas de salud, la solución a los problemas de maltrato a mayores exige actuaciones a nivel de prevención primaria (evitar que se produzca), prevención secundaria (evitar la repetición del suceso) y prevención terciaria (minimizar las consecuencias). Dadas las características del problema que tratamos, existe consenso en considerar a la APS (Centros de Atención Primaria de Salud) como el nivel asistencial óptimo para la prevención y detección este problema. Recientemente la OMS, por medio de la Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida expone las siguientes recomendaciones para la prevención del MTPM:

Desarrollar una herramienta de despistaje y valoración para su uso en APS, así como un módulo formativo sobre MTPM para profesionales de APS; desarrollar y difundir un "kit" de metodología de investigación sobre MTPM, y también una base mínima de datos sobre violencia y ancianidad. Asegurar la divulgación de los hallazgos de las investigaciones a través de medios científicos; promover cambios políticos; desarrollar un inventario global de buena práctica para la prevención.

Todas las medidas expuestas quedarán sin efectividad si, paralelamente a ellas no se consigue movilizar a la sociedad civil aumentando el alerta sobre la gran magnitud del problema del MTPM, promoviendo estudios piloto intergeneracionales intentando que la prevención se aborde a nivel social, comunitario y familiar para lo que resulta imprescindible el trabajo de concienciación con medidas como:

Mejorar la imagen social de los mayores; crear conciencia de la existencia de los MTPM; potenciar las relaciones intergeneracionales mediante campañas de sensibilización a la opinión pública e impregnar con este criterio a todos los ámbitos educativos.

La **prevención primordial** tiene por objeto evitar la aparición y consolidación de aquellos patrones de la vida social, económica y cultural que se sabe que contribuyen a aumentar el riesgo de malos tratos, siendo tres los frentes en los que un programa de prevención primordial de los MTPM debe actuar:



Las políticas institucionales tienen que ver con la planificación gerontológica y la asistencia geriátrica.

La **prevención primaria** tiene como objetivo evitar que se produzcan los malos tratos a personas mayores, detectando situaciones y factores de riesgo e interviniendo en consecuencia. El conocimiento de las causas nos ayuda a situar los factores que predisponen a una situación de malos tratos y nos permite profundizar en las estrategias preventivas teniendo en cuenta que el maltrato es un fenómeno claramente multifactorial en el que no deben confundirse factores de riesgo con la causa de malos tratos. Analizando las causas y las situaciones de riesgo podemos concluir que existen muchas circunstancias en la vida de las personas mayores que pueden favorecer la aparición de los malos tratos, como la dependencia en todos sus aspectos, el deterioro de las relaciones familiares, la existencia de antecedentes de malos tratos, el aislamiento social o el desequilibrio de poder, cuya detección y tratamiento están comprendidos dentro de este nivel de prevención.

Los niveles de **prevención secundaria y terciaria** tratan de minimizar secuelas y efectos cuando el fenómeno ya ha aparecido ha sido detectado.

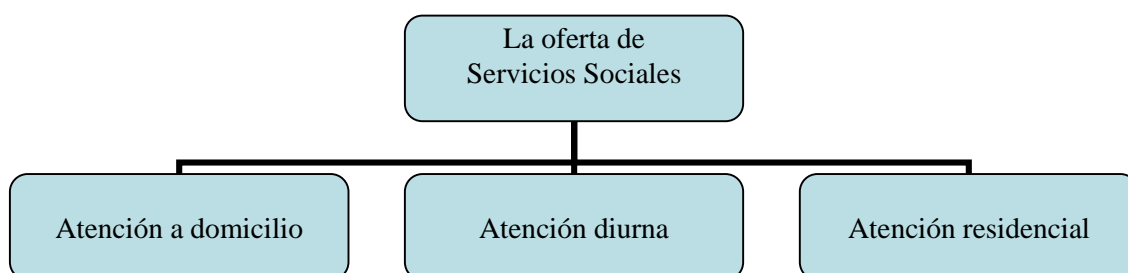
9.2.- Los Servicios Sociales en la prevención del maltrato

El sistema público de servicios sociales es fundamental para hacer efectivo el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, y tiene un importante papel en la prevención y atención de los malos tratos a las persona mayores. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia¹⁰⁰ se ocupa de las prestaciones de los posibles beneficiarios, en la Sección 1ª del Capítulo 2º y dedica el artículo 15 al establecimiento del Catálogo de servicios, entre los que se encuentra comprendida la prevención.

El Observatorio de Personas Mayores del Imserso¹⁰¹ recopila de las comunidades autónomas, y con carácter anual, información estadística sobre los servicios sociales para personas mayores del Estado Español que después, analiza y explota¹⁰².

Desde que comenzara esta serie en el año 2000, los catálogos de servicios sociales de las distintas comunidades autónomas han experimentado importantes cambios en los últimos años¹⁰³, que no sólo han tenido un carácter cuantitativo, con el incremento de la oferta de plazas y del número de usuarios, sino que se han puesto en marcha nuevos servicios para adecuarse más satisfactoriamente a las necesidades de las personas mayores en las diversas modalidades.

El Observatorio, para su análisis, agrupa los servicios en tres bloques con sus variantes, a saber, atención a domicilio; atención diurna; y atención residencial.



¹⁰⁰ Fue aprobada por el Congreso de los Diputados en su sesión del día 30 de noviembre de 2006. Publicada en el B.O.E. del 15/12/2006.

¹⁰¹ Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. IMSERSO. Diciembre 2011.

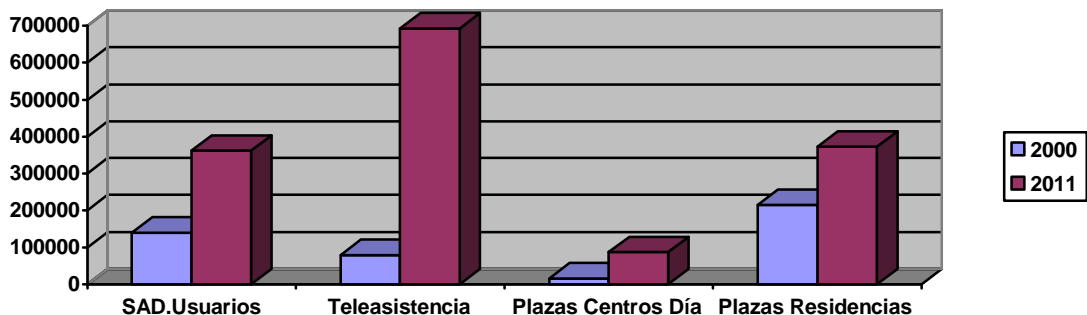
¹⁰² A partir del año 2010 da a conocer estos resultados en su página web.

¹⁰³ Sabido es que la competencia para el desarrollo de esta Ley está transferida en su mayor parte a las Comunidades Autónomas, por lo que diversos aspectos cualitativos y cuantitativos en su implantación, pueden resultar diferentes entre unas y otras.

CATÁLOGO DE SERVICIOS SOCIALES. Artículo 15. Ley 39/2006 de 14 diciembre		
Letra	Tipo de Servicio	Especialidad
a)	Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.	
b)	Servicio de Teleasistencia	
c)	Servicio Ayuda a domicilio	Atención a las necesidades del hogar. Cuidados personales.
d)	Servicio de Centro de Día y de Noche	Centro de Día para mayores. Centro de Día para menores de 65 años. Centro de Día de atención especializada. Centro de Noche.
e)	Servicio de Atención Residencial	Residencia de personas mayores en situación de dependencia. Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Con carácter previo a la promulgación de citada Ley 39/2006 existían en España la mayor parte de los servicios sociales que contempla este texto legal, habiéndose activado considerablemente el aumento cuantitativo de los servicios como se deduce del siguiente gráfico elaborado con datos del Observatorio de Mayores entre los años 2000 y 2011 para algunos de los más significativos.

Figura 44.- Servicios Sociales en España. Ley 39/2006



Fuente: Comunid. Aut., Ciudades Aut., Diput Forales (2012). Observatorio Personas Mayores. Inmerso

Según los datos del Observatorio, el número de usuarios de los servicios de atención domiciliaria se han multiplicado por 2,9 en estos once años mientras que los usuarios del servicio de teleasistencia lo han hecho por 8,7. Por su parte, el número de plazas ofertadas en Centros de Día se han multiplicado por 5,3, mientras que los plazas en Centros residenciales únicamente han en multiplicado por 1,73.

Además del Servicio de Atención a Domicilio (SAD) y del Servicio de Teleasistencia, en esta categoría se incluyen otros servicios de atención domiciliaria – servicio de comidas a domicilio y servicio de lavandería a domicilio-, así como prestaciones económicas –ayudas para adaptación de la vivienda, familias cuidadoras, ayudas técnicas y productos de apoyo, etc.

En la categoría de atención diurna se engloban los hogares y clubes – que son recursos concebidos para el fomento de la participación social y la promoción de la vida saludable y activa, así como el fomento de la vida personal. También se analizan los centros de día para personas dependientes.

Finalmente se presenta la categoría de servicios de atención residencial. Aunque dentro de ella se engloba un amplio abanico de servicios, en el boletín se analizan sólo aquéllos que ofrecen un número de plazas suficientes para poder explotar sus datos: Los centros residenciales y las viviendas para mayores.

La clasificación, incluye el catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD), en consecuencia, se refiere a todos los servicios dirigidos a las personas mayores, estén o no en situación de dependencia. Por ejemplo, un centro residencial podrá disponer de plazas para personas en situación de dependencia, autónomas o para ambas.

El Servicio de Teleasistencia ha experimentado un importante crecimiento en la última década. Si en 2000 el número de usuarios era de 79.267, a 31 de diciembre de 2011, esta cifra se ha multiplicado por más de ocho hasta alcanzar los 692.462 usuarios. El índice de cobertura se ha incrementado en más de siete puntos, de 1,13, en 2000, a 8,42 en 2011. A esta fecha, se beneficiaban del mismo 692.462 mayores de 65 años. Madrid, Andalucía y Cataluña concentran el 65% de los usuarios de España, son las que cuentan con un número mayor de usuarios, con un total de 451.161 personas mayores atendidas. Se aprecia una importante disparidad entre los índices de coberturas, oscilando entre 0,82 de Galicia y 16,06 de Madrid.

Si se analiza el perfil del usuario, se aprecia el carácter claramente femenino del mismo mientras que la distribución de personas de edad avanzada respecto a las más jóvenes está más equilibrada. Así, las mujeres representan el 63% del total y las personas que superan los 80 años, el 56%, siendo el 41% del total personas mayores que viven solas. En concreto, la edad media del usuario se sitúa en los 81 años, oscilando en casi todo el territorio español entre los 72 años en la Ciudad Autónoma de Ceuta y los 85 del Principado de Asturias. En cuanto al precio público, se sitúa en 287,25 euros anuales por usuario.

El servicio de ayuda a domicilio (en adelante, SAD) ha experimentado un crecimiento muy importante en estos últimos años, incrementándose el número de usuarios en un 83%, de 2000 a 2011. El SAD es un servicio de competencia municipal, en tanto prestación básica de servicios sociales del sistema público de servicios sociales gestionada en la red básica municipal, y regulada en el ámbito competencial de las administraciones públicas autonómicas.

Además, desde la inclusión del SAD en el Catálogo de Servicios y prestaciones del SAAD, contemplado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), se ha incrementado la oferta desde las Comunidades Autónomas.

A 31 de diciembre de 2011, el Servicio de Ayuda a Domicilio atendía a 361.577 personas mayores, es decir, algo más de un 4% de la población de más de 65 años. El 72% de las personas atendidas se concentra en cinco comunidades autónomas: Cataluña, Madrid, Andalucía, Castilla y León y Castilla-La Mancha, lo que no es de extrañar, al estar entre los territorios con una mayor población.

El índice de cobertura¹⁰⁴ para toda España es de 4,40. Por encima de este índice hay once territorios, siendo Madrid (7,31), La Rioja (6,20), País Vasco (6,06) y la Ciudad Autónoma de Ceuta (5,94) quienes presentan los índices más elevados. No se puede entender la cobertura de las distintas comunidades autónomas sin tener en cuenta las horas semanales que cada una de ellas dedica en atender a cada usuario. Desde 2000, el número de usuarios ha pasado de 197.306 a 361.577. Esto implica un incremento medio anual de 17.937 personas mayores. El índice de cobertura ha ganado casi dos puntos y su precio público se ha elevado en cuatro euros y medio.

¹⁰⁴ El índice de cobertura = (usuarios/ población>65 años)*100).

Aunque no todas las comunidades autónomas aportan datos desagregados por sexo y edad, al no haberlos podido recabar de los municipios, con la información disponible se puede decir que el perfil del usuario sigue siendo predominantemente femenino, aunque menos envejecido que otros años. De acuerdo los datos disponibles, las mujeres representan el 58% de los usuarios, mientras que las personas mayores de 80 años representan el 45%.

La edad media del usuario oscila entre los 71 años de la Ciudad Autónoma de Melilla y los 84 años de Navarra, Cantabria y La Rioja, situándose la media nacional en torno a los 80 años. Cada usuario recibe de media casi 20 horas de atención al mes, de las que el 60%, (11,6 horas), se dedican a cuidados personales y el resto a tareas domésticas esto supone una dedicación de horas anuales del SAD de más de setenta y un millones y medio. Andalucía es la que ofrece un mayor número de horas mensuales de atención, con casi 36, seguida de Galicia, la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Cabe destacar como desde la aprobación de la LAPAD, las comunidades autónomas y municipios vienen realizando un esfuerzo no sólo en incrementar el número de horas de atención que ofrecen a los usuarios del SAD, sino que, siguiendo las directrices de la Ley, esta atención vaya dedicada mayoritariamente a los cuidados personales. Además de los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia, desde las comunidades autónomas, diputaciones y municipios ofrecen a las personas mayores otros servicios de atención domiciliaria que engloban, también, prestaciones económicas. Se trata de servicios fundamentales que complementan al SAD y al servicio de teleasistencia, como servicio de comidas y de lavandería a domicilio.

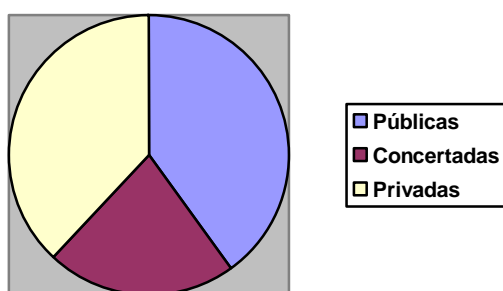
Los Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia son servicios de atención diurna psicosocial con el fin de evitar que las personas mayores dejen su domicilio habitual y se desarraiguen en un medio extraño. A 31 de diciembre de 2011, había en España un total de 87.343 plazas distribuidas en 3.027 centros, lo que supone un índice de cobertura de 1,06.

Seis comunidades tienen índices de cobertura superiores esta media: Madrid, Baleares, Cataluña, Cantabria, País Vasco y Extremadura; mientras que Galicia, la Ciudad Autónoma de Ceuta y la Región de Murcia son las que tienen índices más bajos.

Entre 2001 y diciembre de 2011, se han creado 68.524 plazas en centros de día, lo que supone un crecimiento medio anual de 6.852 plazas, mientras que el índice de cobertura ha crecido 0,80 puntos en este período, de 0,26 a 1,06.

Si se analiza la distribución de las plazas atendiendo a su gestión y financiación, se aprecia un claro predominio de las plazas financiadas con fondos públicos (62%): las plazas públicas (40%) más las concertadas (22%) representan casi tres de cada cuatro plaza. Sin embargo, el 60% la gestión de las plazas está en manos de la iniciativa privada.

Figura 45.- Distribución de plazas de centros de día según gestión

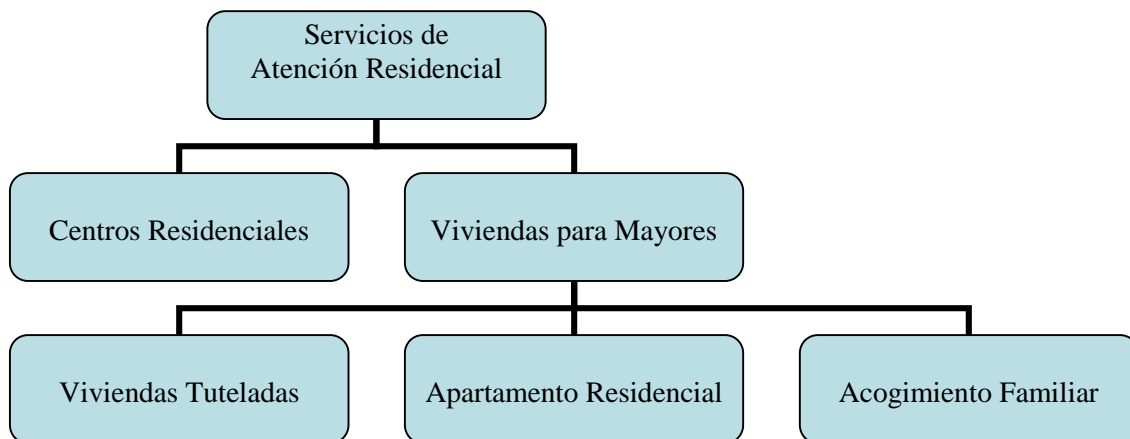


El modelo público es el elegido por Extremadura, donde el 82% de sus centros de día son públicos. También hay un claro predominio de los centros públicos en la Región de Murcia (79%), Baleares (74%) y País Vasco (69%).

Por su parte, la iniciativa privada tiene una presencia importante en Cantabria (97%), seguida de Cataluña (77%) y Navarra (73%). En los centros de día, el 55% es una mujer, casi la mitad son mayores de 80 años (49%), el 34% del total una mujer mayor de ochenta años y el 19% una persona con demencia.

El precio público de una plaza en centro de día es, a nivel estatal, de 7.817,57 euros anuales. Si se trata del precio de concertación de plaza dependiente, se sitúa en 10.337,80 €/años, ascendiendo a 10.266,08 €/años el precio de concertación de una plaza psicogerítrica.

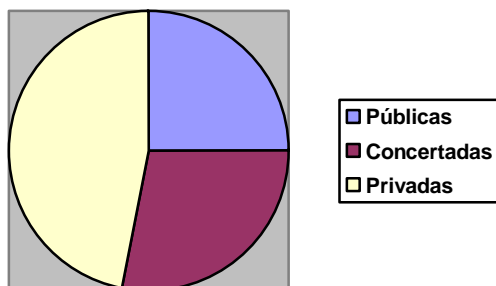
Las distintas comunidades autónomas ofrecen a las personas mayores una amplia gama de **servicios de atención residencial**. Las diferencias entre ellas van más allá que la mera distinción terminológica, diferencias que, siendo muy enriquecedoras, dificultan el análisis estadístico de los servicios. Con el fin de contar con información con relevancia estadística y que puedan ser comparables los datos de los distintos ámbitos territoriales, los servicios de atención residencial analizados son: los centros residenciales y las viviendas para mayores. Estas últimas engloban las viviendas tuteladas, los apartamentos residenciales y los acogimientos familiares.



Los centros residenciales han experimentado un importante incremento desde 2001. Ese año había en España 239.761 plazas distribuidas en 4.800 centros, lo que suponía que un 3.34% de la población mayor de 65 años disponía de una de estas plazas residenciales. A 31 de diciembre de 2011 el número de plazas asciende a 372.628, lo que implica que, desde diciembre de 2001, se ha producido un incremento medio anual de 13.287 plazas. Hay un total de 5.418 centros y un índice de cobertura de 4,53. Cataluña, con 61.966 plazas es la que tiene una mayor oferta residencial, seguida de Madrid, Andalucía y la comunidad Castilla-León. Sin embargo, analizando el índice de cobertura se observa que Castilla y León es la comunidad con un índice de cobertura más elevado seguida de Castilla-La Mancha y Aragón.

De las 372.628 plazas disponibles en los centros residenciales, un 25% son públicas, un 28%, concertadas y el 47% restante son plazas privadas. Esto significa que algo más de la mitad son plazas de financiación pública (53%), aunque el 75% sean plazas de titularidad privada; uno de cada cuatro son públicos.

Figura 46.- Distribución de plazas de residencias según gestión



En todas los territorios se aprecia el predominio de los centros privados, salvo en Extremadura y las Baleares, donde los centros públicos representan el 68% y el 72%, respectivamente, así como en la Ciudad Autónoma de Melilla que, cuenta con dos residencias, una pública y otra privada.

Los usuarios de centros residenciales son, en su mayoría, personas de edad avanzada, con más de 80 años (59%), cuya edad media se sitúa en torno a los 82 años. La edad media de ingreso es de 81 años, 83 las mujeres y 80 los hombres.

El 57% son mujeres, además, un 41% del total de usuarios es una mujer de más de 80 años; el 53% son personas en situación de dependencia y el 14% tienen alguna demencia y ocupa una plaza psicogeriatrica.

El precio público de una plaza residencial para persona autónoma (plaza no dependiente) es de 21.512,93 euros anuales. Las diferencias entre territorios son muy acusadas, lo que puede ser debido a diferencias en los servicios que ofrecen los centros residenciales. Así, el precio público anual por usuario oscila entre 11.409,78 €, en La Rioja, y 50.184,00 € en la Región de Murcia.

El precio anual de concertación difiere según el tipo de plazas. Si se trata de una plaza no dependiente es de 17.526,99 €, si es una plaza para persona en situación de dependencia es de 19.897,51 € y si se trata de una plaza psicogeriatrica, 24.299,84 €.

Algunos centros residenciales ofrecen un **servicio de estancia temporal** dirigido a aquellas personas mayores que sólo quieren pasar en el centro un periodo de tiempo determinado (días, semanas, meses, etc.).

Su función principal es ofrecer un período de respiro a las familias cuidadoras, por ejemplo, durante las vacaciones; pero también ofrece la posibilidad de recibir atención y rehabilitación temporal, por ejemplo, después de una operación quirúrgica.

Se dispone de información de casi todos los territorios, bien sea de los centros que ofrecen este servicio, bien de las plazas puestas a disposición de las personas mayores de estancia temporal. De acuerdo con esta información, en España, a 31 de diciembre de 2011, se tenía conocimiento de 1.371 plazas de estancias temporal ofertadas por 658 centros residenciales. No todas las comunidades autónomas pueden determinar el número exacto de plazas de estancia temporal.

Entre los **servicios de atención diurna** se encuentran los **hogares y clubes para personas mayores** son centros sociales en los que se desarrollan actividades de ocio y culturales, promoviéndose las relaciones sociales entre sus asociados, el envejecimiento activo y la participación social.

Muchas comunidades autónomas ponen de manifiesto las dificultades metodológicas para determinar el número exacto de asociados. Esta cifra puede estar sobredimensionada por factores como no comunicación de las bajas y fallecimientos, del asociado, la falta de actualización de la información, etc.

A 31 de diciembre de 2011, se estimaba que los 3.610 centros que hay en España contaban con 3.140.257, lo que supone un índice de cobertura de 38,20. La Rioja, seguida de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, es el territorio con mayor concentración por cada 1000 personas mayores. Las mujeres representan el 41% del total.

La oferta de plazas en **viviendas para mayores** asciende a 10.416. Esta oferta es especialmente elevada en Cataluña, País Vasco, Castilla-La Mancha y Galicia. Es preciso señalar que no siempre es sencillo deslindar las viviendas para mayores de las mini-residencias, por lo que puede haber territorios en los que se consideren dentro de una u otra categoría los centros con menos de 15 plazas residenciales.

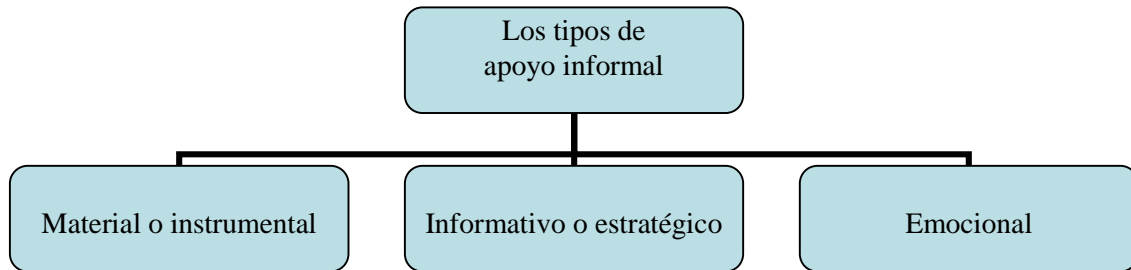
9.3.- La figura del Cuidador

Con carácter general, la **actividad de cuidar** se ha realizado y se realiza desde diferentes instituciones sociales: el Estado (residencias, hospitales, etc.), la familia (cuidado de abuelos a nietos, de hijos a padres, etc.), el mercado (servicios con fines de lucro) u otras instituciones (organizaciones sin fines de lucro, etc.). El tipo de cuidado viene dado por la institución o personas que lo proveen, por la situación de quien lo recibe, y por el contexto en el que se desarrolla.

Las personas requieren cuidado cuando necesitan ayuda para desarrollar alguna de las actividades de la vida diaria (AVD), que son aquellas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Suelen diferenciarse en actividades básicas (autocuidado, movilidad en el hogar y comunicación) e instrumentales (tareas domésticas, administración del hogar y movilidad en el entorno).

Cuando una persona tiene dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria, se presentan cuatro posibilidades: a) que reciba cuidado informal; b) que reciba cuidado formal; 3) que reciba cuidado formal e informal; o 4) que no reciba ningún tipo de cuidado.

El concepto de **cuidado informal** ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y además se provee de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración y suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional.



Una parte de la atención provista a los mayores por sus cuidadores informales se traduce también en tareas propias de los profesionales de la salud, como el diagnóstico de enfermedades o la provisión de medicamentos.

El cuidado formal se ha definido como el conjunto de aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. Existen dos tipos básicos de cuidado formal: a) el que se provee desde las instituciones públicas, y b) el que se contrata a través de las familias.

Los servicios públicos de cuidado pasan a través de una organización burocratizada y están, al menos en parte, financiados públicamente. Por otro lado, las familias recurren cada vez más a servicios privados de cuidado para hacer frente a la atención de sus miembros dependientes en España, debido sobre todo a la disponibilidad de mano de obra barata procedente de la inmigración. Se ha estimado que hasta el 88% del cuidado de la salud en España se realiza no remuneradamente.

Según una investigación de Chappell y Blandford realizada sobre población canadiense, el cuidado formal aparece cuando la severidad de la discapacidad genera necesidades que exceden las posibilidades de atención de los cuidadores informales. (En Rogero-García, Jesús. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 83, Núm. 3, mayo-junio, 2009 pp. 393-405).

Phillips, por su parte, realizó un estudio con datos de 1991 y 1992 sobre población adulta (entre 16 y 98 años) de rentas bajas en Estados Unidos, en el que controló el tipo de problema que causa la discapacidad, y no halló diferencias significativas en la recepción de cuidado formal según edad, nivel de dependencia y duración de la discapacidad. De acuerdo con el estudio de Kemper en Estados Unidos (datos de 1988), la existencia de una red de apoyo es también determinante en el tipo de cuidado recibido por los mayores. En esta línea, Herlitz estudió la distribución de cuidado formal e informal en el hogar de los mayores en dos distritos urbanos y dos distritos rurales del centro y sur de Suecia, y halló que las personas que vivían solas tenían menos probabilidades de recibir cuidado informal que el resto.

La composición y el tamaño de la red social de los mayores está relacionada con la edad: a medida que ésta se incrementa, el número de potenciales cuidadores de la red social se reduce. Los hombres tienen más probabilidades de recibir cuidado informal que las mujeres, y las mujeres tienen más probabilidades de recibir cuidado formal o ambos tipos de cuidado conjuntamente.

Estas diferencias tienen su origen en que las mujeres viven más que los hombres y con más enfermedades crónicas discapacitantes, y en que los roles sociales y las normas culturales de género motivan una mayor disposición de las mujeres hacia el cuidado de los hombres que a la inversa. La situación socioeconómica es también relevante en el cuidado recibido. El citado estudio de Kemper halló que el uso de servicios de cuidado formal se incrementa y el cuidado informal se reduce a medida que aumentan los ingresos. Existe una influencia mutua entre cuidado formal e informal: los cuidadores informales juegan un importante papel en la elección y provisión del cuidado formal, y la disponibilidad y el desarrollo de los servicios formales influye decisivamente en la intensidad y el tipo de cuidado informal.

Dicho de otro modo, los servicios formales interactúan dinámicamente con el sector informal. Aproximadamente un 28% de las personas mayores españolas necesitan cuidados o atenciones especiales en mayor o menor medida. Los que reciben ayuda son fundamentalmente mujeres (69,3%), más del doble que varones, en parte por el fuerte desequilibrio por género existente en los grupos de más edad. Se suele tratar de mujeres viudas. La viudez es la característica predominante en el sector de cuidados. Los mayores siguen prefiriendo vivir en su casa de siempre (78,6%) entre todas las posibles opciones residenciales que se les presentan, y sólo un 3% del conjunto de los españoles de todas las edades piensa en una residencia.

En caso de necesitar ayuda este porcentaje aumenta al triple, aunque sigue siendo bajo con respecto a otras opciones residenciales. La mayoría de los mayores (74%) prefiere continuar en su propia casa recibiendo servicios sociosanitarios o los de una persona específica. A esas edades, pocos se aventuran a otras opciones, ni siquiera a una residencia, a la que sólo un 8,1% confiesa que preferiría ir en caso de necesitar ayuda. Muchas veces el deseo de permanecer en casa es una decisión forzada: muchos mayores no se pueden permitir una movilidad residencial, por falta de recursos, circunstancias personales o desconocimiento de otras alternativas. Se trata de mayores «cautivos» de su hogar. Los componentes de las actuales generaciones de mayores siguen pensando o confiando en la «red familiar»: un 48,3% cree que tendrá ayuda de un familiar para ser atendido, aunque a un 52,2% le gustaría que fuese así. A más de un tercio le gustaría un cambio residencial: a casa de un hijo (hija, sobre todo), en doble aceptación que la de ir a una residencia.

El cuidador es la persona principal (a veces única) que se responsabiliza de los cuidados y ayuda, de forma diaria y continuada, a un mayor que requiere asistencia debido a enfermedad o discapacidad, con el fin de mantenerse independiente o semi-independiente.

Según las conclusiones del estudio del Observatorio de Mayores (José Antonio Miguel, Mayte Sancho. Observatorio de personas mayores. Antonio Abellán, Vicente Rodríguez. Investigadores del CSIC. Informe 2000:866) reflexionamos acerca del perfil general del cuidador en España, vendremos a deducir que un 17% de la población ayuda habitualmente a personas de edad necesitadas de cuidados o atenciones especiales (1997), y la proporción de cuidadores de menos de 65 años es mayor.

Se trata ante todo de mujer (82,9%), en edad adulta (45-64 años), en doble proporción que en el resto de edades. La comparación de edades medias entre cuidador y ayudado se sitúa en algo menos de 30 años; es decir, es la segunda generación, la de los hijos ya adultos, que a su vez ya tienen sus propios hijos (tercera generación). Debido al aumento de la longevidad entre los mayores, empieza a ser habitual el caso de personas de edad que son cuidadoras de otros mayores, generalmente sus padres octogenarios y nonagenarios.

Los cuidadores suelen ser personas de bajo nivel de estudios, normalmente autoclasificados como «amas de casa» (50%), y de un origen social modesto. A veces, esa situación y la escasez de otras oportunidades laborales o de estudios conducen a estas personas a ser cuidadoras principales, con el agravante de que su falta de formación puede incidir negativamente en la prestación de ayuda. En consonancia con el nivel de instrucción y origen modesto, un 40% de los hogares de los cuidadores tienen ingresos mensuales inferiores a la media nacional.

La persona o cuidador principal en la ayuda suele ser la hija (38,3%), mucho antes que el hijo (12,5%). En pocos años se ha visto una evolución hacia una ligera mayor participación de los varones en estas tareas.

Le sigue en importancia el cónyuge de quien precisa la ayuda (21,5%), pero sobre todo si el ayudado es el varón; en caso contrario, cuando la necesitada es la esposa, suele ser la hija o la nuera antes que el propio esposo. Es decir, mujer, esposa o hija, para cuidados de varón, esposo o padre (independientemente de sus cónyuges cuidadores) no suelen atender a sus padres políticos.

Otras alternativas, en importancia decreciente, son otros familiares y empleados de hogar. Los servicios sociales (servicio de ayuda a domicilio) apenas están extendidos, y los voluntarios (no pagados) representan una actividad loable pero casi anecdótica en el conjunto del sector. La prestación de cuidados por parte de empresas específicas está poco extendida, aunque ganando en importancia, y entra en conflicto con los voluntarios y organizaciones prestadoras de ayuda sin ánimo de lucro.

El cuidador suele iniciar las tareas de ayuda ante los problemas de un familiar de edad por iniciativa propia. A veces, es una decisión discutida en la familia (17,5% de los casos) o porque era la única persona que podía realizar esa asistencia. Pocos son los mayores que piden explícitamente esa ayuda.

Se asume la responsabilidad de la asistencia por diversos motivos, no necesariamente excluyentes entre sí: sentido de la responsabilidad, sentimiento de reciprocidad y falta de otras alternativas. El 90% de las personas que atienden a mayores lo hacen porque lo consideran una obligación moral; 47% dicen que esa ayuda dignifica a la persona y que su círculo de amistades valora esa acción muy positivamente; un 42% confiesa que no les queda más remedio, sentimiento mezcla de obligación, reciprocidad y circunstancias. Aunque los mayores se inclinan mayoritariamente por los cuidados informales, la «revolución» de la longevidad y otras tendencias demográficas (como el reducido tamaño medio familiar, o la proliferación de hogares unipersonales, o parejas sin hijos, por ejemplo), significan un desafío para las futuras generaciones, conforme se acercan a edades más avanzadas. Al previsible incremento de la demanda de cuidadores, que provengan de la propia familia, se opondrá la menor disponibilidad de tales cuidadores, y por tanto, se originará un déficit considerable entre oferta y demanda de asistencia informal. Muchos adultos actuales están viviendo, además, la situación de ser cuidadores de sus padres y otros familiares de edad, y afrontan un futuro con la duda de quién les prestará atención si la precisan o la certeza de verse institucionalizados, si la asistencia formal, prestada a domicilio o en la comunidad, no puede evitarlo.

Por otra parte, la seguridad de una asistencia informal (familiar) en el final de la vida debería de estar de alguna forma prevista, financiada, o bonificada fiscalmente. El desafío futuro de los cuidados para los ahora adultos, debería obligar a una mejor integración y coordinación de los servicios formales y de la ayuda informal para subsanar ese déficit. Esta asociación permitiría además apreciar mejor los esfuerzos públicos por el cuidado a los mayores, animar a la dotación adecuada de esos servicios sociales, y por otra parte, los gestores públicos conocerían y valorarían mejor los esfuerzos que familiares, amigos y vecinos hacen por los mayores.

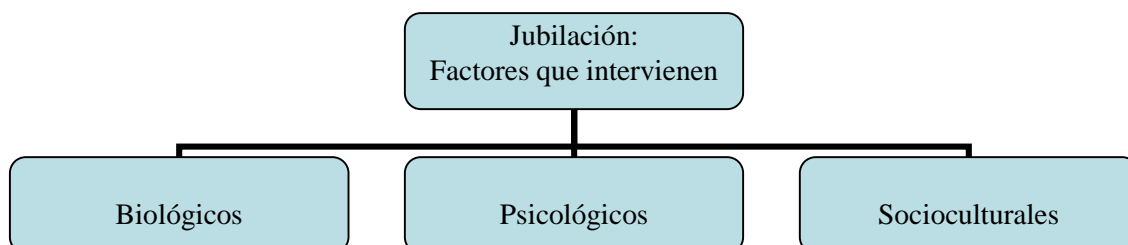
Lo cierto es que en determinadas situaciones de personas con dependencia, es el cuidador la figura clave sobre la que pivotará el elemento básico para la detección, prevención y tratamiento de los MTPM que, como ha quedado constatado, tiene ámbito multidisciplinar (médico, profesional enfermería, trabajador social), cuya ubicación habitual será el Centro de Atención Primaria de Salud (APS), debiendo contar con **otros recursos de apoyo** en aquellos casos y momentos en que sean necesarios.

9.4.- Jubilación y Envejecimiento Activo. Gerontolescencia.

Por su especial relevancia y repercusión, dentro de los acontecimientos normativos, haremos sucinta mención al acontecimiento de la jubilación, que tiene incidencia en la persona mayor, tanto en su ámbito emocional como en el social, puesto que supone, además de un cambio de contexto, un cambio de rol con profundas repercusiones en el proyecto vital. La vejez es la edad en que mayor número de situaciones conflictivas o estresantes ocurren y entre otras, la pérdida del trabajo que puede suponer cambios en la economía familiar, normalmente en el sentido de una disminución del poder adquisitivo, además de un desplazamiento de los intereses personales desde el mundo del trabajo al del tiempo libre.

En un estudio realizado con el Inventario de Situaciones Conflictivas en Ancianos (ISCA), sobre las situaciones estresantes o difíciles que con mayor frecuencia ocurren en la vejez, así como cuáles de éstas son percibidas por los ancianos con mayor grado de conflictividad, se observa que aparecen entre una serie de áreas, “tener mucho tiempo al jubilarse”, seguida de “tener dificultades económicas”(Fernández-Ballesteros, 1992, citado por Montañés Rodríguez, J., Latorre Postigo, J.M., 1999:146).

En cuanto al grado de ajuste con que cada cual va a responder a la jubilación, podemos concluir que el mismo dependerá de tres tipos de factores:



Se trata de factores biológicos, como la salud; psicológicos, como la personalidad de cada cual; socioculturales, como la situación económica y la capacidad adquisitiva en que se queda el jubilado.

La Organización Mundial de la Salud utiliza la expresión “**envejecimiento activo**” para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo: “El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida con la vejez”.

Fue un término adoptado a finales del siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y trata de expresar principalmente la idea de una implicación continua en actividades socialmente productivas y en un trabajo gratificante.

Una jubilación comprometida y productiva no se improvisa. La persona, según el pensamiento de Ortega, debe estar siempre “in fieri”, esto es, siempre haciéndose. Nunca estamos acabados. Nos vamos haciendo y configurando a medida que pasamos satisfactoriamente por cada una de las etapas del Ciclo Vital: niñez, adolescencia, juventud, vida adulta... En la medida en que vamos salvando obstáculos para la realización personal y social en cada una de estas etapas, estamos garantizando un envejecimiento activo.

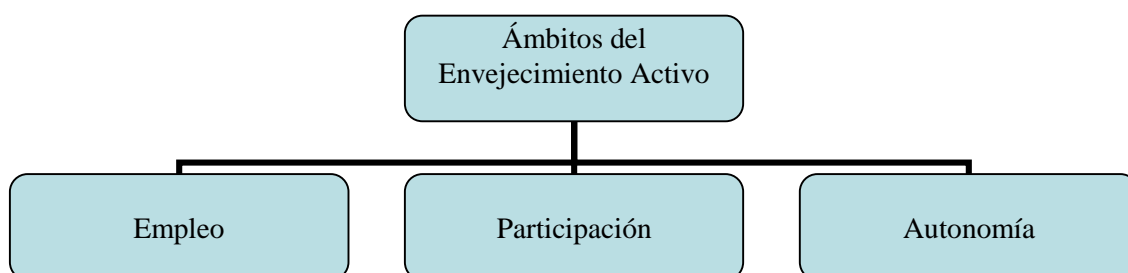
En esta línea debe destacarse la necesidad de preparar la jubilación, ya que estudios realizados señalan que entre el 40 y 60% de jubilados sufren en algún momento “síndrome del jubilado” que puede convertir la euforia de ese momento esperado en depresiones y otros episodios negativos. El **envejecimiento activo** consiste en participar en todo aquello que suponga para la persona su desarrollo psíquico y social apartándole del negativismo que puede suponer una etapa de la vida carente de objetivos.

Es indudable que en las últimas décadas, la sociedad ha ido adquiriendo conciencia de la trascendencia del problema de la jubilación uniendo el incremento de casos por el ya tratado incremento del número de jubilados con la problemática sociológica derivada del asunto. Y los poderes públicos se han hecho eco del problema. Así, la Unión Europea declaró el año 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional

El objetivo del Año fue “sensibilizar acerca de la contribución que las personas mayores pueden aportar a la sociedad, a la vez que animar a los responsables políticos y los interesados en el asunto a actuar a fin de crear mejores oportunidades para el envejecimiento activo y fortalecer la solidaridad intergeneracional”.

“Se trata de envejecer con salud, participando plenamente en la sociedad, y sentirnos más satisfechos en el trabajo, más autónomos en la vida cotidiana y más activos como ciudadanos. Sea cual sea la edad, podemos tener nuestro papel en la sociedad y optar a una mejor calidad de vida. El reto está en sacar el máximo provecho del enorme potencial que conservamos incluso a edades avanzadas”.

El Año Europeo 2012 se propuso el envejecimiento activo en tres ámbitos:



Empleo: al aumentar la esperanza de vida en toda Europa, las edades de jubilación se están retrasando, y mucha gente teme que no tendrá la capacidad necesaria para permanecer en su trabajo o encontrar otro hasta que pueda jubilarse con una pensión digna. Tenemos que dar mejores posibilidades en el mercado laboral a los trabajadores mayores.

Participación en la sociedad: dejar el trabajo no significa quedarse mano sobre mano. La contribución de las personas mayores a la sociedad como cuidadores de otras personas, generalmente sus propios padres, sus cónyuges o sus nietos, muchas veces se pasa por alto, como su actividad de voluntariado. El Año Europeo quiere que se reconozca en mayor grado lo que las personas mayores aportan a la sociedad y crear unas condiciones que les ofrezcan más apoyo.

Autonomía: nuestra salud va flaqueando según envejecemos, pero se pueden hacer muchas cosas para enfrentarse a ello. Unos cambios insignificantes a nuestro alrededor pueden suponer una gran diferencia para quienes sufren problemas de salud y discapacidad. El envejecimiento activo también significa poner los medios para que, al envejecer, podamos mantener nuestra autonomía el máximo tiempo posible.

Para llegar a tener una vejez activa, es crucial desarrollar ese **envejecimiento activo** durante toda nuestra vida. Se trata de generar lo que se ha dado en llamar “la revolución del bienestar”, en palabras de Alexandre Kalache que afirma: "Estamos creando una nueva etapa de la vida que antes no existía; yo lo llamo **gerontolescencia**"¹⁰⁵ nuevo término para aludir al período de transición entre la edad adulta y la vejez.

¹⁰⁵ Alexandre Kalache, presidente del Centro Internacional de la Longevidad, de Brasil, además de asesor de la Academia de Medicina de Nueva York, y cofundador y embajador de HelpAge International.

La **revolución del bienestar** se basa en la idea de que para llegar a tener una vejez activa, es crucial desarrollar el envejecimiento activo durante toda nuestra vida en un proceso que abarca temas sanitarios, sociales, educativos, económicos, políticos y de toda índole, si bien el aspecto más importante siempre es el de la **inclusión social**. En general, las personas mayores se sienten discriminadas; se quejan de abusos institucionales, de que hay barreras que les dificultan el acceso a los servicios y a una participación en la vida política y social¹⁰⁶.

La OMS define el envejecimiento activo como “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”

Dicho proceso abarca temas sanitarios, sociales, educativos, económicos, políticos..., aunque el aspecto más importante siempre es el de la inclusión social. En general, las personas mayores se sienten discriminadas. Se quejan de abusos institucionales, de que hay barreras que les dificultan el acceso a los servicios y a una participación en la vida política y social”.

Por eso, Alexandre Kalache¹⁰⁷ defiende la necesidad de promover en Naciones Unidas una convención sobre los derechos de las personas mayores, y que se refiera “a la seguridad física, psicológica y emocional de las personas mayores en lo que respecta a su particular vulnerabilidad frente al abuso y el maltrato.

¹⁰⁶ Alexandre Kalache fue director del Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS.

¹⁰⁷ Accesibilidad y participación se tratan en este trabajo como ámbitos del maltrato a personas mayores.

10.- DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS

10.1.- Criterios de detección del maltrato

De los grupos sociales definidos por la edad y/o sexo que sufren diferentes formas de violencia en la sociedad, es el de las personas mayores el que ha recibido, hasta el momento, menor atención, tanto por parte de los diversos profesionales que les atienden de forma directa, como por parte del resto de actores sociales (medios de comunicación, legisladores, educadores, policía, administradores, jueces, etc.) cuya implicación debiera resultar fundamental en la prevención y actuación (Sánchez del Corral, U. F, Ruipérez Cantera, I. Informe Portal de Mayores. Nº 21. IMSERSO, 2003), a pesar de que sea el colectivo con mayor prevalencia de las diferentes formas de maltrato. La situación merece producir la suficiente alarma como para que diversos organismos –OMS¹⁰⁸ - hayan alertado a los gobiernos sobre la importancia del problema, instándoles a la puesta en marcha de medidas eficaces de prevención y respuesta. Esas recomendaciones han tenido eco en España, tanto en el IMSERSO, como en las Sociedades Españolas de Geriátrica, Gerontología y de Medicina Familiar y Comunitaria así como las diversas organizaciones de mayores.

A pesar de que el conocimiento y la asunción del problema sigue siendo insuficiente e incompleto en muchas áreas, no es menos cierto que el proceso está en marcha concediéndole suficiente importancia al ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), órgano sobre el que debe recaer una parte importante de este problema.

Siguiendo las líneas del citado trabajo de Del Corral y Ruipérez, nos proponemos sintetizar las principales características específicas de los MTPM:

a) Aunque la mentalidad acerca del asunto ha evolucionado en las últimas décadas, no hay que olvidar que seguimos ante un “fenómeno oculto”, cuya detección va a exigir el conocimiento de los factores de riesgo y asociados, además de basarse en un alto índice de sospecha.

b) La detección y actuación ante el maltrato a las personas mayores van a basarse en la utilización de métodos y herramientas propios de la Geriátrica, como son: 1) el trabajo en equipo multidisciplinario (médico, profesionales de la enfermería y, en su caso, trabajadores sociales; 2) valoración geriátrica integral con especial énfasis por la valoración social; 3) continuidad de los cuidados; 4) conocimiento y utilización de los diversos recursos sociales y sanitarios.

¹⁰⁸ OMS. Organización Mundial de la Salud.

c) Las especialidades de maltrato doméstico contra niños y entre la pareja solamente se ejercen en el ámbito del hogar, mientras que sobre las personas mayores puede producirse, además en las instituciones sociales (residencias, centros de día) o en las sanitarias (hospitales) y con frecuencia son los propios profesionales quienes la ejercen.

d) Otra singularidad del MTPM es la importancia que ha de concederse a la figura del cuidador, cuya sobrecarga de trabajo es considerada en muchas ocasiones como uno de los principales factores de riesgo, de tal manera que “cuidar al cuidador” es, con frecuencia, el instrumento más eficaz contra el MTPM, tanto para su prevención como en la actuación posterior.

e) Han de tenerse en cuenta las posibles repercusiones de cualquier modalidad de maltrato en la persona del anciano, cuya fragilidad le hace especialmente sensible y vulnerable ante cualquier forma, incluso menor, de abandono, negligencia o abuso psicológico.

f) La importancia de la APS¹⁰⁹ en la prevención, detección y actuación sobre el problema del MPM es capital y así lo reconocen todos los autores, que consideran la importancia de incluir su valoración en los Programas de Atención al Anciano y de Atención Domiciliaria.

Tradicionalmente, la violencia en el ámbito familiar¹¹⁰ ha formado parte de lo que se consideraba esfera privada de las personas, y su derivada ha tenido dos consecuencias a corto plazo: por una parte, la hegemonía inmune de quien estuviese dotado de más poder y por otra, el sufrimiento y acatamiento, en silencio por parte de las víctimas, no resultando sencillo detectar un fenómeno oculto, en la mayoría de los casos, escondido por los propios protagonistas.

Cuando, en la actualidad se ha destapado el problema y la esfera privada ha dado paso al tratamiento del problema desde la esfera pública, la detección de los malos tratos a las personas mayores¹¹¹ ha pasado a ser una necesidad además de una responsabilidad profesional.

De forma general, se han descrito diversos elementos que suelen dificultar la labor de detección y que vienen a ser:

¹⁰⁹ APS. Atención Primaria de Salud.

¹¹⁰ Ámbitos que comprenden: pareja, niños y ancianos

¹¹¹ También la detección en otros ámbitos

La falta de precisión en la definición de los MTPM¹¹².

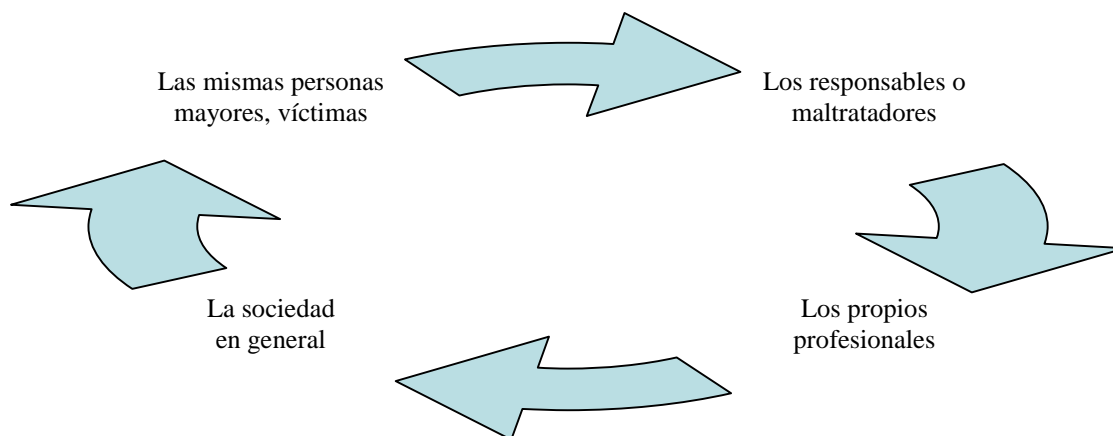
Los diferentes puntos de vista e intereses entre profesionales o grupos sociales.

El entorno en el que se realiza la detección.

La escasa formación de los profesionales asistenciales en este tema (en Moya Bernal, A.; Barbero Gutiérrez, J. (coord.). Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación IMSERSO, 2006: 89).

10.2.- Las barreras para la detección

Las barreras para la detección de los MTPM pueden tener distinto origen y provenir de diversos medios



A las personas mayores víctimas de los malos tratos cabe responsabilizarles

a) No reconocer la existencia de malos tratos. La víctima se muestra reticente a admitir que lo es y que sobre ella se producen malos tratos y prefiere no reconocer la situación que padece, en base, muchas veces, a alguna de estas razones:

a.1.- Temor de la víctima a posibles represalias de toda índole.

a.2.- Temor a crear problemas a la persona responsable en caso de delatarle.

a.3.- Sentimientos de culpa. Como ocurre en otros ámbitos del maltrato, la víctima llega a adquirir el sentimiento de la culpa que le lleva a considerarse merecedor del tratamiento recibido¹¹³.

¹¹² MTPM, malos tratos a personas mayores

¹¹³ El sentimiento de culpa es una emoción extremadamente dañina, perjudicial y demoleadora para el ser humano. Hay personas que son adictas a este tipo de sentimiento, y viven vidas miserables porque siempre están arrepintiéndose por cosas que hicieron en el pasado o que dejaron de hacer, y hasta sufren por adelantado por cosas quisieran que hacer en el futuro, y se sienten incapaces de hacerlos porque siguen apegadas a sus experiencias negativas del pasado.

a.4.- Vergüenza. Con frecuencia, la víctima suele tener fuertes sentimientos de vergüenza por ser incapaz de controlar la situación que puede afectar a la reputación de sus familiares o allegados.

a.5.- Chantaje emocional por el responsable del maltrato, que hace saber al maltratado su incomodidad en el caso de que le delate de algún modo.

a.6.- Pensar que si lo cuentan a alguien no les va a creer y su imagen va a quedar deteriorada por el hecho de mentir o deformar la verdad.

b) Sufrir deterioro cognitivo que le incapacita para informar de la situación como consecuencia de dificultades de memoria, comunicación, etc.

c) Ignorar los medios a su alcance para poner fin a su situación no sabiendo a quién recurrir o el modo de hacerlo lo que puede llevarle a la adquisición de sentimientos de indefensión.

e) Desconfiar de los efectos de la posible petición de ayuda en el sentido de que los receptores entenderán que el fracaso es admitido.

f) Aislamiento social. La persona mayor maltratada que se encuentra aislada tiene menos posibilidades de solicitar ayuda que quienes se encuentran integrados en cualquier grupo social.

g) Dependencia del cuidador lo que dificulta indisponerse con su persona.

h) Ignorar los recursos a su alcance o considerarlos inadecuados.

i) Aceptar los malos tratos como algo normal y que data de toda la vida anterior.

Evidentemente, **el maltratador responsable de los malos tratos** trata de poner barreras a la detección de los mismos a base de

a) Negación de modo similar a la víctima

b) Aislamiento buscado por el propio maltratador para dificultar la detección por los profesionales.

c) Temor al fracaso en los resultados de su actividad cuidadora, que le lleva a no admitir la existencia de la situación o posible búsqueda de ayuda.

d) Rechazo a cualquier tipo de intervención una vez que ha sido identificado como responsable de los malos tratos.

Por su parte, **los profesionales** también pueden intentar dificultar la detección del maltrato como consecuencia de

a) Carecer de la formación o entrenamiento adecuados para la detección de los indicadores y sus posibles intentos de solución.

b) No disponer de los protocolos adecuados a la detección, evaluación e intervención ante los casos de MTPM o carecer de la coordinación conveniente para trabajar en equipo.

c) Insuficiencia cuando no carencia de medios adecuados para el diagnóstico.

d) Confiar en el apoyo de la familia o en los cuidadores como responsables con el suficiente interés y solvencia.

e) Incredulidad acerca de la evidencia del maltrato en su propio ambiente.

f) Carencia de directrices claras acerca de la confidencialidad en la situación.

g) Temor a que el maltratador aumente su ira hacia la víctima en el caso de ésta se haya quejado y desvelado el secreto ante el profesional.

h) Miedo a verse involucrado en cuestiones legales.

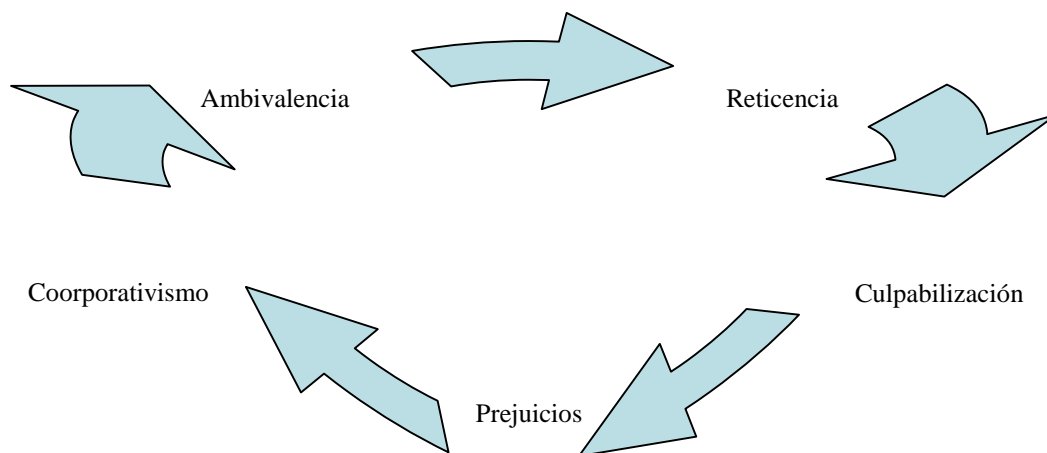
i) Desconocer los recursos disponibles o los accesos a los mismos.

j) Mantenimiento de actitudes edadistas que llevan a considerar a la persona mayor como un ser de menor relevancia, incluso para soportar el sufrimiento.

k) Escasa concienciación sobre el fenómeno del MTPM

l) Falta de tiempo o de la dedicación e intimidad necesaria para la evaluación.

II) Mantenimiento de determinadas actitudes como



Por lo que denominamos ambivalencia, el profesional puede considerar que la situación no le incumbe en base a la privacidad del asunto.

La reticencia se presenta ante la intervención en temas como el del MTPM, que no dejan de ser desagradables en todos los ámbitos.

Puede existir también una tendencia a la culpabilización a la persona que está siendo maltratada considerándola merecedora en cierta medida de lo que le ocurre.

Existencia de prejuicios de diversa índole como la creencia de que si la víctima quisiera podría salir de la situación por sí misma; o que los maltratadores son personas mentalmente enfermas.

Tendencia al corporativismo y a relativizar los MTPM tratando de disculpar con las más diversas evasivas, a los compañeros que eventualmente puedan incurrir en conductas relacionadas con el maltrato.

Pueden existir también barreras a la detección de los malos tratos cuyo origen sea de **índole social o cultural**, por ejemplo:

a) Actitudes edadistas que implican tratos desfavorables a las personas mayores por el solo hecho de serlo y haciéndoles objeto de discriminación en beneficio de otros miembros de la sociedad más productivos y de mayor atractivo físico o humano o con mayor capacidad para la exigencia. Se trata de actitudes que no suele ser explícitas, pero que resultan evidentes y al final llegan a convertirse en conductas.

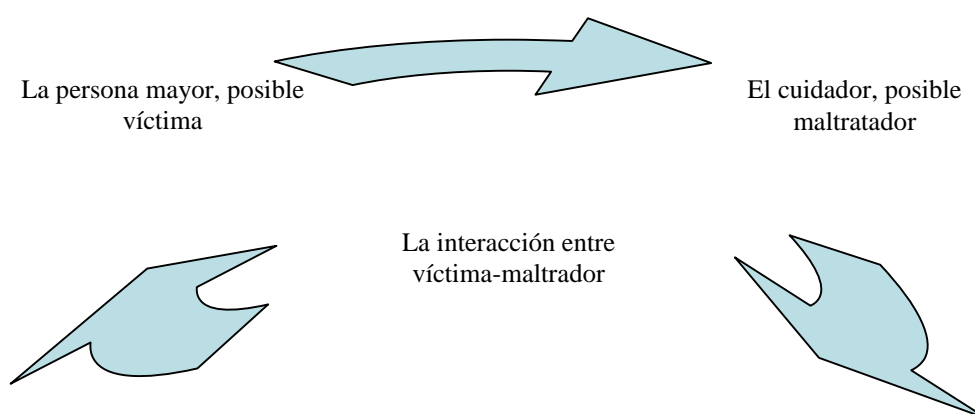
b) Insuficiente información y/o sensibilización acerca de los MTPM, que lleva a la falta de autocritica y dificulta la sensibilización ante el problema.

c) Valores culturales tradicionales que se encuentran arraigados en nuestra sociedad pueden constituirse en barreras a la detección de los malos tratos, como puede ser la tendencia a evitar lo que se considera intromisión de extraños en la vida íntima de la familia cuando surgen problemas, de tal manera que vecinos, profesionales, amigos, entienden que no deben entrar en lo que puede malentenderse como cuestiones privadas.

Se han descrito diversos comportamientos indiciarios de la posible existencia de malos tratos cuando **la persona mayor, posible víctima** se comporta así:

Parece tener miedo a un familiar, a un cuidador profesional o a los directivos del Centro y prefiere no responder preguntas en presencia de cualquiera de ellos; cambia su comportamiento adquiriendo mayor o menor espontaneidad en presencia o ausencia de aquellos; cuando se refiere a las personas posibles maltratadoras, lo hace tratando de disculpar o justificar sus conductas como consecuencias de una personalidad concreta o un incidente momentáneo, mostrándose excesivamente respetuoso ante ellas; se manifiesta y se expresa denotando baja autoestima, soledad y escepticismo.

Como estamos ante un fenómeno cuya materialización no siempre tiene una evidencia constatable a primera vista, hay que recurrir a determinados **indicadores** que puedan llevarnos a la detección del maltrato, para lo que se han descrito múltiples situaciones, conductas, síntomas, signos o muestras que pueden hacer sospechar la existencia del maltrato, bien entendido que no se trata de la confirmación del hecho, sino de una señal de alerta que debe poner sobre aviso a los responsables para poner en marcha un proceso indagatorio, por lo que han de tomarse en consideración ciertos comportamientos derivados de



En la observación del **cuidador posible responsable** suelen darse algunas de estas características: A nivel personal, sufre un importante nivel de estrés o de sobrecarga por su trabajo como cuidador y no suele estar satisfecho con su trabajo y con el hecho de tener que cuidar a la persona mayor; carece de formación y capacidad adecuada para cuidar al mayor y no posee conocimientos suficientes sobre el proceso normal de envejecimiento; muestra un escaso autocontrol, es verbalmente abusivo o, por el contrario, extremadamente atento, y parece estar más preocupado por un problema particular de la persona mayor que por su estado de bienestar general; intenta evitar que la persona mayor a su cuidado interactúe en privado con otros profesionales negándose, por ejemplo, a abandonarles de su presencia en la habitación durante los reconocimientos e insistiendo en contestar a preguntas dirigidas al mayor y se muestra excesivamente controlador de las actividades cotidianas del mismo; obstaculiza cuanto puede otras asistencias sociosanitarias, olvida las citas médicas de la persona mayor o se muestra excesivamente preocupado por los costes de determinadas necesidades de la misma, como prótesis, audífonos, etc.

Culpabiliza con frecuencia a la persona mayor con frases despectivas y trata de convencer a otros profesionales acerca de las deficiencias comportamentales o mentales que presenta.

Finalmente, desde el punto de vista de **la interacción entre persona mayor y el cuidador**, debemos tener en cuenta las situaciones en las que:

Se observa una relación conflictiva entre cuidador-persona mayor, con frecuentes discusiones, insultos o descalificaciones cuando no de indiferencia mutua.

El cuidador se muestra hostil, enfadado o impaciente en presencia de alguien y la persona mayor, demasiado tranquila o agitada. Se cuentan historias incongruentes en relación con hechos acaecidos.

Desde otro punto de vista, podemos identificar otra serie de **indicadores de carácter general** no imputables a responsables directos:

En **la anamnesis**¹¹⁴ pueden presentarse incidencias como el retraso en la asistencia sanitaria; antecedentes de fracturas, lesiones, infecciones o episodios de insuficiencia cardíaca frecuentes; propensión a tener accidentes; desconocimiento o no seguimiento de la pauta farmacológica o bien sobredosis de psicofármacos; uso frecuente de los servicios de urgencias; acompañamiento por una persona distinta del cuidador o falta de colaboración de éste; confusión, temor, ansiedad.

En **la exploración física** puede encontrarse deshidratación o desnutrición; quemaduras, contusiones, hematomas o fracturas; úlceras por presión; incontinencia de esfínteres; alteraciones del sueño o del habla; escasa higiene o ropa inadecuada.

En **la propia institución** puede presentarse el uso excesivo de psicofármacos; el empleo de medidas de contención físicas; tendencia a la obstinación diagnóstica y/o terapéutica; negación de asistencia o limitación de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos por razones de edad; utilización de forma innecesaria de medidas que anticipan o aumentan la dependencia (sillas de ruedas, pañales, etc.); la infantilización en el trato; despersonalización de la asistencia; poco cuidado en respetar la intimidad de la persona mayor; rigidez en normas u horarios de visitas, comidas, descanso, etc.; disposición de dineros o bienes de la persona mayor competente sin su consentimiento explícito.

¹¹⁴ En enfermería y medicina, la anamnesis es el término médico empleado en los conocimientos y habilidades de la Semiología clínica para referirse a la información proporcionada por el propio paciente al enfermero/a o médico durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica.

Si analizamos **las tipologías** de los malos tratos detectamos indicadores conectados con ellas y así, en relación con **malos tratos físicos** debemos tomar en consideración algunas evidencias como: cualquier lesión incompatible con el relato o que no ha sido tratada correctamente; cortes, laceraciones, heridas punzantes; magulladuras simétricas o fracturas múltiples; hematomas o eritemas en la piel en fases diferentes de evolución; lesiones en zonas escondidas del cuerpo; déficit de higiene cutánea; ropa o cama sucias; quemaduras de diverso origen; cambios comportamentales; errores reiterados al administrar la medicación; alopecia parcheada.

Pueden resultar indicadores de **maltrato de tipo sexual** encontrar hematomas en las mamas o áreas genitales; infecciones genitales o venéreas inexplicables; sangrados vaginales o anales de origen extraño; sangre o manchas de sangre en la ropa interior; queja de acoso o violación; comportamiento sexual desinhibido.

Indicadores de **malos tratos psicológicos o emocionales** podrán ser los cambios de carácter en presencia del posible responsable de los malos tratos; expresión del sentimiento de desamparo y la búsqueda de atención y afecto; aislamiento deliberado de sus relaciones sociales; expresión del sentimiento de no ser tenido en cuenta en la toma de decisiones que le afectan; vacilación para expresarse abiertamente; desorientación o confusión y relato de historias imposibles o incoherentes; sentimientos de ira o miedo a los extraños o los propios cuidadores; estados depresivos frecuentes y baja autoestima; estados de agitación sin justificación aparente.

Malos tratos económicos / financieros podrán quedar indicados con indicios como pérdida inexplicable de dinero, cheques, otros documentos o efectos personales; quejas de la víctima como consecuencia de detectar que manipulan sus posesiones sin la autorización lógica; desaparición de joyas; firmas que no se parecen a la de la víctima o que pertenecen a personas que no saben o no pueden escribir; cambios o modificaciones testamentarias frecuentes y recientes o transmisión de poderes sin justificación aparente; desconocimiento de la víctima acerca de su situación económica o preocupación por la misma; extraño e inusitado interés del cuidador por hacerse cargo de los efectos de la persona mayor; Nivel general de confort muy inferior al que podría derivar de la situación socioeconómica que aparenta la persona mayor.

Las situaciones de **abandono / negligencia** podrán detectarse con indicadores como quejas directas de abandono; suciedad, olor a heces, orina o falta de aseo personal; pediculosis; erupciones no tratadas en la piel y úlceras por presión; clara malnutrición o deshidratación; enfermedades no tratadas y que aparentan cronicidad; mal cumplimiento terapéutico; deterioro progresivo de la salud sin causa evidente; gran diversidad de medicamentos con evidente falta de rigurosidad en la conservación y aplicación; escasa relación y aparente falta de interés del cuidador con los problemas de salud que presenta el mayor a su cuidado; ropas inadecuadas a la climatología y situaciones sociales; desatención ante largos períodos de soledad en cualquier espacio sin que se adopten medidas para paliar la situación; malas condiciones de accesibilidad en los entornos habituales que no se abordan por falta de interés del cuidador.

El maltrato hacia los adultos mayores por parte de los miembros de la familia, los prestadores de asistencia y otros se comprenden mejor en la actualidad que hace algunos años; se necesita una base de conocimientos más sólida cuando se trata de elaborar una política, planificar o formular un programa. Aún se desconocen muchos aspectos del problema, incluidas sus causas y consecuencias, y el grado en que ocurre. Tal vez, la forma más insidiosa de maltrato de los ancianos radique en las actitudes negativas hacia ellos y en los estereotipos negativos que se tienen de las personas mayores y del propio proceso de envejecimiento, actitudes que se reflejan en la exaltación frecuente de la juventud.

Mientras se siga desvalorizando a los ancianos y se los margine y excluya de la sociedad, sufrirán una falta de identidad propia y quedarán siempre expuestos a la discriminación y a todas las formas de maltrato. Es necesario investigar aún más y adecuadamente el papel de los prejuicios contra la vejez (la discriminación contra los ancianos y su estigmatización) como una causa posible del maltrato de ancianos. Los estudios transculturales podrían ayudar a comprender mejor la situación del abuso, el maltrato y la victimización.

El Órgano Oficial de la federación Argentina de Geriatria y Gerontología de la Asociación Gerontológica de Argentina (por Leonardo Strejilevich In Memoriam Homenaje al Doctor Robert Neil Butler) propone los siguientes indicadores que, con finalidad estrictamente comparativa, sintetizamos aquí:

INDICADORES DE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES (I)	
MALTRATO	INDICADORES
FÍSICO	<p>Quejas de agresiones físicas. Caídas y lesiones no explicadas.</p> <p>Quemaduras y hematomas en lugares o tipo sospechoso.</p> <p>Cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización.</p> <p>Pedido demasiado reiterado de recetas de medicamentos o poco uso de los prescritos. Signos de atención inadecuada o de poca higiene.</p> <p>Desnutrición o deshidratación sin una causa que guarde relación con la enfermedad.</p> <p>Búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o en centros de atención de salud</p>
EMOCIONAL	<p>Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir.</p> <p>Actitud de temor, confusión o resignación.</p> <p>Pasividad, retraimiento o mayor depresión.</p> <p>Indefensión, desesperanza o ansiedad.</p> <p>Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental.</p> <p>Renuencia a conversar abiertamente.</p> <p>La persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal</p> <p>La persona mayor es dejada de lado por los demás</p>
SEXUAL	<p>Quejas de agresión sexual.</p> <p>Conducta sexual que no condice con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona.</p> <p>Cambios no explicados en la conducta, como la agresividad, el retraimiento o la automutilación.</p> <p>Quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas.</p> <p>Infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales.</p> <p>Prendas íntimas desgarradas, manchadas o ensangrentadas.</p>

INDICADORES DE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES (II)	
MALTRATO	INDICADORES
ECONÓMICO	<p>Retiros de dinero irregulares o atípicos de la persona de edad.</p> <p>Retiros de dinero incompatibles con los medios de la persona de edad.</p> <p>Cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a “nuevos amigos o parientes”.</p> <p>Falta de una propiedad.</p> <p>La persona de edad no puede encontrar joyas o efectos personales.</p> <p>Movimientos sospechosos en la cuenta de la tarjeta de crédito.</p> <p>Falta de comodidades, pese a que la persona de edad podría permitírselas.</p> <p>Problemas de salud física o mental sin tratamiento.</p> <p>El nivel de atención que recibe la persona de edad no está a la altura de sus ingresos o medios</p>
INDICADORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR	<p>El cuidador parece cansado o estresado.</p> <p>Parece muy preocupado o indiferente.</p> <p>Culpa a la persona de edad por ciertos actos, como la incontinencia.</p> <p>Se comporta agresivamente.</p> <p>Trata a la persona de edad como a un niño o en forma inhumana.</p> <p>Tiene antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas.</p> <p>Tiene antecedentes de maltratar a otros.</p> <p>Se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola.</p> <p>Se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo.</p> <p>Puede ser hostil o esquivo.</p> <p>Ha estado atendiendo a la persona de edad durante un período prolongado de tiempo</p>

10.3.- Instrumentos de detección de MTPM

En la actualidad no existen instrumentos válidos suficientemente sensibles y específicos para la detección de los malos tratos en personas mayores ni tampoco evidencias científicas que permitan aconsejar o rechazar su utilización como cribado en los exámenes periódicos de salud de las personas mayores (Moya Bernal, A., Barbero Gutiérrez, J. (coord.) IMSERSO, 2006:102).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Investigación Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra (CIG), en asociación con instituciones de ocho países¹¹⁵ establecieron un programa conjunto de investigación con el objetivo de abordar un importante aunque todavía oculto problema social: el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores.

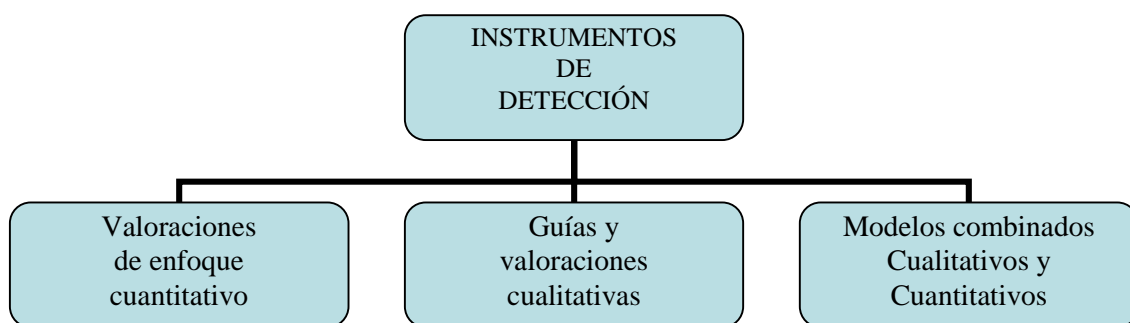
Las bases de este estudio fueron proporcionadas por el trabajo innovador de un equipo multidisciplinar e interinstitucional de Montreal. Los objetivos del proyecto:

1º.- Desarrollar y validar un instrumento fiable aplicable en diferentes contextos geográficos y culturales para aumentar la conciencia entre los profesionales de Atención Primaria sobre el problema del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores.

2º.- Capacitar a los trabajadores de Atención Primaria para el abordaje del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores a través de la educación basada en la evidencia para el desarrollo de estrategias de prevención.

Por tanto, el objetivo del estudio OMS-CIG fue proporcionar un instrumento para detectar la sospecha de maltrato hacia las personas mayores basado en el Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores (Eldere Abuse Suspicion Index, EASI) desarrollado y probado previamente en Montreal. Tratándose de un problema en el que son vitales tanto la prevención como la detección inmediata, debemos aquí insistir en la necesidad de una actitud positiva y de **una detección precoz** con un elevado índice de sospecha y de una formación específica. Se ha demostrado que en las áreas donde los profesionales están mejor formados y motivados, es mayor la detección de personas mayores maltratadas. En los ANEXOS de este trabajo se incorpora la reseña de una muestra de instrumentos de detección, que abarca trabajos desde 1978, 1979 (Straus M) hasta 2002 (Elder Assessment Instrument (EAI) y que aparecen divididos en tres bloques de contenidos:

¹¹⁵ Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia, Singapur y Suiza.



Con mucha frecuencia el Equipo de APS no tendrá seguridad plena de encontrarse ante un caso de MTPM; en estos casos, el diagnóstico será de "sospecha de maltrato", aunque la experiencia demuestra que la mayoría de las veces se ha producido el tipo de violencia sospechado y con frecuencia, más de uno. Esta sospecha exige que los profesionales extremen la precaución y el seguimiento y, por supuesto, proporcionen al anciano y a sus cuidadores toda la atención y recursos que puedan requerir.

En el momento actual, no existe a nivel de APS ningún Protocolo o Programa de actuación que se pueda recomendar de forma global, a pesar de las graves repercusiones del MPM, tanto a nivel personal y familiar como social. Entre las causas de esta carencia, se pueden citar las siguientes: 1) escaso y aún reciente reconocimiento del problema, tanto a nivel social como por parte de los propios profesionales, como; cierta tolerancia social y dejación de las responsabilidades del Estado en las familias; cierta tolerancia familiar, por desconocimiento y/o dejación; falta de formación específica de los profesionales sanitarios y de servicios sociales; frecuentes actitudes de discriminación por la edad; escasez de recursos adecuados para abordar el problema, tanto en el ámbito sanitario y de servicios sociales, como en el policial, judicial y legislativo; frecuente aislamiento social de las personas mayores, en función de las situaciones de dependencia; complejidad intrínseca del MTPM, que es frecuentemente escondido incluso por los propios ancianos maltratados.

Además del conocimiento de los factores de riesgo y asociados, se han descrito diversos signos y síntomas cuya presencia debe hacer sospechar de inmediato la existencia de un posible maltrato.

Estos indicadores se suelen asociar específicamente con algún tipo de MTPM y su detección se basa fundamentalmente en la realización de una historia clínica acompañada de una exploración física detallada y completa con estos indicadores:

INDICADORES DE DETECCIÓN PRECOZ DE MALTRATO	
TIPO DE MALTRATO	TIPO DE INDICADORES
FÍSICO Y SEXUAL	<p>Magulladuras inexplicables y simétricas. Caídas repetidas.</p> <p>Historia clínica incongruente con las lesiones que presenta el paciente.</p> <p>Hematomas en distintos estadios de evolución.</p> <p>Fracturas múltiples. Comentarios de otros pacientes.</p> <p>Enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Heridas o dolor en zona genital. Alopecia parcheada</p>
NEGLIGENCIA Y ABANDONO	<p>Apatía. Depresión. Mala higiene. Malnutrición. Deshidratación</p> <p>Vestido inapropiado. Úlceras por presión.</p> <p>Comentarios de inseguridad por parte del paciente.</p> <p>Deterioro progresivo de la salud, sin causa evidente.</p> <p>Mal cumplimiento terapéutico. Situaciones de riesgo físico.</p> <p>Número de medicamentos excesivo o insuficiente en relación a los problemas de salud. Aislamiento. Estés familiar.</p> <p>Enfermedades de cualquier tipo no tratadas, especialmente psiquiátricas.</p>
EXPLOTACIÓN FINANCIERA	<p>Pérdida inexplicable de dinero, cheques o pensión.</p> <p>Evidencia de que se han tomado bienes materiales a cambio de cuidados. Alimentación insuficiente.</p> <p>Tomar los efectos personales del anciano sin su autorización.</p> <p>Preocupación del anciano por su estado económico.</p> <p>Cobros de cheques por otras personas. Medicación inadecuada.</p> <p>Desconocimiento del estado económico propio.</p>
ABUSO PSICOLÓGICO	<p>Confusión y desorientación del anciano. Paranoia. Depresión.</p> <p>Miedo a los extraños. Miedo en su ambiente natural.</p> <p>Miedo a los cuidadores. Baja autoestima.</p> <p>Búsqueda de atención y afecto.</p> <p>Cambio de carácter cuando está presente el posible agresor.</p>

11.- LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

El maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en nuestra cultura, que siente que lo viejo es inservible e inútil. De una u otra manera los viejos son sentidos como estorbos, y como una carga que se debe llevar a cuestas, además de la familia que hay que sostener. Por ello son generalmente abandonados, segregados y enviados a otros lugares en un momento en que requieren de apoyo y asistencia por parte de los más jóvenes. Por eso no es de extrañar que el tipo más frecuente de maltrato sea el abandono y la falta de cuidados. Aunque muchos de los ancianos que viven maltrato están tan deteriorados por la edad, que a veces ni recuerdan haber sido maltratados, los que están en mejores condiciones terminan por deprimirse y deteriorarse en los aspectos en los que antes estaban bien.

El efecto más frecuente del maltrato de los ancianos es **la depresión y la baja de las defensas**, trayendo con ello más enfermedades, envejecimiento más rápido y el deseo de morir. Un anciano deprimido tiende a morir más rápido. Al dolor de sentirse día a día más viejo e inútil en muchos aspectos físicos, los ancianos maltratados deben agregar la pena de sentirse un estorbo al cual a nadie le importa o más bien desearían borrar. Esto es motivo de gran pena que no pueden sacar ni expresarla por que serían más rechazados aún. Así se van deprimiendo y enfermando paulatinamente, perdiendo el interés por vivir.

Para algunas personas mayores, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves. Se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables que los adultos más jóvenes, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Una lesión relativamente leve en un adulto mayor puede causar daños graves y permanentes.

Más del 70 % de nuestros adultos mayores sobreviven con ingresos limitados, de modo que la pérdida o la sustracción delictiva de una suma de dinero, por pequeña que sea, puede tener un impacto significativo. Muchos mayores viven aislados, solos o atribulados por alguna enfermedad, y en ese caso están más expuestos a convertirse en blanco de algún fraude.

Las personas mayores maltratadas tienen graves dificultades emocionales; la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados.

Existen otros **síntomas asociados** con los casos de maltrato, como los sentimientos de impotencia, alienación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, el estrés postraumático y aumenta el riesgo de muerte.

El maltrato institucional, especialmente en residencias para mayores, se origina en deficiencias que suelen ser habituales. Se supone que los médicos son quienes están en mejores condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte a la confianza que la mayoría de las personas de edad depositan en ellos, pero muchos médicos no son capaces de diagnosticar el maltrato porque este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional y, en consecuencia, no figuran en su lista de diagnósticos diferenciales. En las salas de urgencias, también sucede lo mismo¹¹⁶.

CONSECUENCIAS VISIBLES EN EL MALTRATO INSTITUCIONAL

Malnutrición por deficiencias en la cantidad, calidad y en la preparación de alimentos. Carencia de evaluaciones periódicas documentadas de todas las necesidades de atención, entre ellas la atención médica, de enfermería y la atención social. Falta de planes de atención integrales: generalmente en forma de un registro en el que se especifican las necesidades de atención cotidiana de un paciente y se designa a la persona responsable de brindarla y el programa de acciones. Observaciones sobre su evolución y los cambios necesarios. Accidentes. Úlceras de decúbito o por presión por falta de movilidad. Poca o nula atención de cuidados especializados. Baja calidad de la atención. Uso indebido o mal uso de medios de inmovilización. Mala administración interna. Falta de dignidad y respeto. Falta de prevención de accidentes.
--

¹¹⁶ Leonardo Strejilevich. In memoriam. Homenaje al Doctor Robert Neil Butler. (1927/2010).

CONSECUENCIAS VISIBLES SEGÚN TIPO DE MALTRATO EN MAYORES	
TIPO DE MALTRATO	CONSECUENCIAS
1.- FÍSICO	Arañazos, heridas, contusiones, marcas, mordeduras, fracturas, luxaciones, pérdida de cabello, quemaduras.
2.- PSICOLÓGICO O EMOCIONAL	Depresión, ansiedad, miedo, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, confusión, tristeza.
3.- VIOLACIÓN DE DERECHOS	Sufrimientos, sentimientos de impotencia, presión psicológica, transgresión de la intimidad con el malestar derivado.
4.- ABUSO ECONÓMICO	Empobrecimiento injusto de la víctima, sentimiento de engaño, sentimientos de impotencia, deterioro de la autoestima, pérdida de la confianza, vergüenza.
5.- ABUSO SEXUAL	Traumas en genitales, pechos, boca, zona anal; enfermedades de transmisión sexual, marcas de mordiscos, etc.
6.- NEGLIGENCIA	Malnutrición, deshidratación, mala higiene corporal, hipotermia o hipertermia, úlceras de decúbito, agudización de enfermedades.
7.- ABANDONO	Descuido en el comer o en el vestir. Desnutrición. Sensación de tristeza y soledad.
8.- AUTOABANDONO	Similares a las producidas por el abandono.
9.- OBSTINACIÓN DIAGNÓSTICA	Sufrimiento indeseado e inútil para la víctima mayor.
10.-OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA	Prolongación del estado de sufrimiento de la víctima.
11.- CONTENCIÓN FÍSICA	Pérdida de libertad de movimientos y deambulación. Sufrimiento y baja autoestima.
12.- CONTENCIÓN QUÍMICA	Disminución de la consciencia. Pérdida de la identidad personal.
MULTI-MALTRATO	Abatimiento y tristeza. Sentimiento de indefensión.
EDADISMO	Pérdida de autoestima. Sentimiento de injusticia.
SÍNDROME DE LA ABUELA ESCLAVA	Sufrimiento silencioso y negado. Agravamiento de otras patologías
SÍNDROME DE DIÓGENES	Aislamiento voluntario en el propio hogar. Acumulación de basuras. Falta de higiene

El maltrato o negligencia descubiertos en una institución puede ser consecuencia de actos individuales u originarse en fallas institucionales; en muchos casos ambos se superponen.

Muchos maltratadores se aprovechan de la situación de dependencia de las personas mayores. También se observa que en las instituciones falta personal de dirección y de servicios capacitados técnica y profesionalmente para la atención integral de los adultos mayores y esto agrava el problema.

11.1.- Consecuencias éticas del Maltrato

Son escasos los estudios en los que se han evaluado los efectos psíquicos sobre las personas maltratadas. Con excepción de los problemas de depresión, es poco lo que se conoce acerca del daño emocional causado a las víctimas. El problema del maltrato de los ancianos no podrá resolverse adecuadamente si no se satisfacen sus necesidades esenciales, como la dignidad de la remuneración previsional, la alimentación, la vivienda, la seguridad y el acceso a la asistencia sanitaria. El mundo debe crear ámbitos en los que el envejecimiento se considere una parte natural del ciclo de la vida y se desalienten las actitudes que tiendan a negar el paso de los años.

Los ancianos tienen el derecho de vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos ni explotación, y se les brinde la posibilidad de participar plenamente en las actividades educativas, culturales, espirituales y económicas de su comunidad y de la sociedad en general.

En cuanto a las consecuencias evidentes, hay que distinguir:

En sujetos sin deterioro cognitivo, la respuesta inicial más frecuente que aparece, de forma inespecífica, como ante cualquier estrés: la angustia. Posteriormente, el temor, la indecisión, apatía y otros síntomas afectivos y motores, pudiendo derivarse problemas de autoestima y culpabilización de la propia víctima.

En sujetos con deterioro cognitivo, no son infrecuentes la agitación, la intranquilidad o los síntomas regresivos, especialmente en presencia del agresor (Blanca Morera, 2006: 30).

12.- LA PROTECCIÓN LEGAL DE LAS PERSONAS MAYORES

12.1.- El Derecho de las personas mayores

En múltiples ocasiones y por diversos sectores de la doctrina, se ha planteado la conveniencia de establecer un marco legislativo que contemplase la protección penal de las personas mayores, pretensión que se desvanece actualmente cuando se acepta mayoritariamente que “no hay un Derecho penal propio de las personas mayores ni debe haberlo: no debe haber un Derecho penal orientado a proteger de forma diferenciada e independiente a un determinado sector de la población, ni siquiera si éste se halla en situación de desigualdad o de vulnerabilidad por cualquier causa y fuera preciso dispensarle una protección penal más intensa” (Alonso Álamo, M; Javato Martín, A.Mª. Valencia, 2010. Pag. 39).

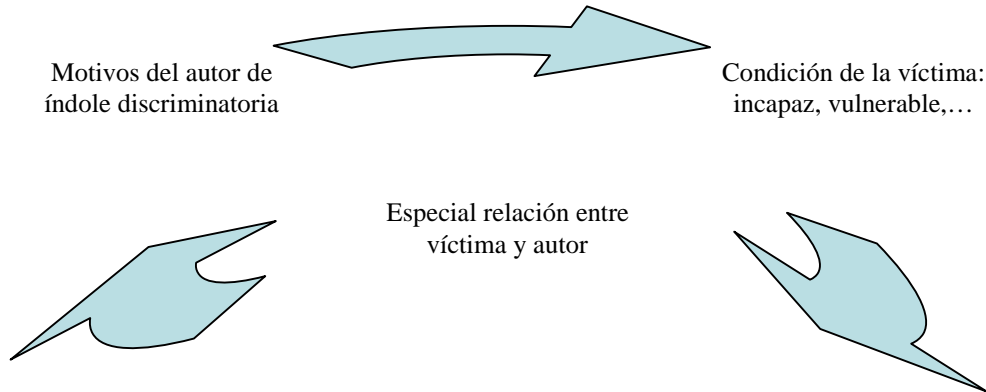
Desde luego, la anterior afirmación no se encuentra en la línea seguida en los últimos años por la legislación reciente acerca de la violencia de género que sí ha tenido un tratamiento especial en nuestra legislación, sobre la base de la necesidad de aplicar una “discriminación positiva” capaz de neutralizar la tradicional discriminación sufrida por al mujer en nuestra sociedad a lo largo de los siglos¹¹⁷.

En todo caso, desde el punto de vista de la Victimología, cabe afirmar que las personas mayores, en su calidad de posibles víctimas de maltrato, son – como otras muchas- las eternas olvidadas del Derecho penal que, por otra parte, presenta numerosas figuras delictivas cuya víctima puede ser una persona mayor: homicidio, lesiones, delitos contra la libertad, delitos contra la integridad moral, delitos sexuales, abandonos, delitos patrimoniales, etc. Y además cuenta con circunstancias agravantes generales y con características típicas de la agravación aplicables a los supuestos en los que la víctima sea una persona mayor.

Lo que procede plantear –y no es una cuestión exenta de polémica doctrinal- es si la regulación actual es suficiente a la vista de los datos de la investigación criminológica y adecuada desde el punto de vista de la técnica jurídica, o debe planearse el establecimiento de nuevos agravamientos generales configurando específicos delitos agravados, en atención al mayor contenido de injusto o de culpabilidad, como ya se hizo en el caso de violencia contra la mujer.

¹¹⁷ Algunos sectores consideran que el “edadismo” constituye una forma de discriminación de no menor gravedad e intensidad por razón de edad que la discriminación que tiene por base el sexo femenino.

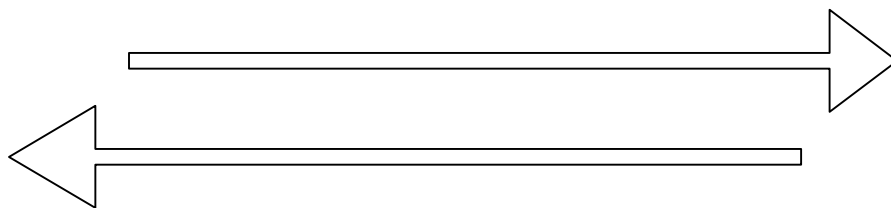
Estamos ante un problema de técnica legislativa que tome en cuenta aspectos como la especial situación de la víctima.



Como se desprende de la simple enumeración de estos supuestos, el fundamento de la circunstancia modificativa no puede ser unitario sino que se agrava según los casos. Y centrando la cuestión en lo que nos ocupa, en conexión con el maltrato a las personas mayores, siguiendo la línea marcada en la citada obra “Violencia, abuso y maltrato de personas mayores” (Tirant, 2010. Monografías, 732, Javato Martín, M. y de Hoyos Sancho, M), es preciso partir del dato de que el Código penal español contiene en su parte general catálogos o cuadros con la enumeración de circunstancias generales, aplicables, determinando también características de agravación o atenuación específicas.

Es por ello por lo que se suele distinguir entre

Circunstancias generales o comunes



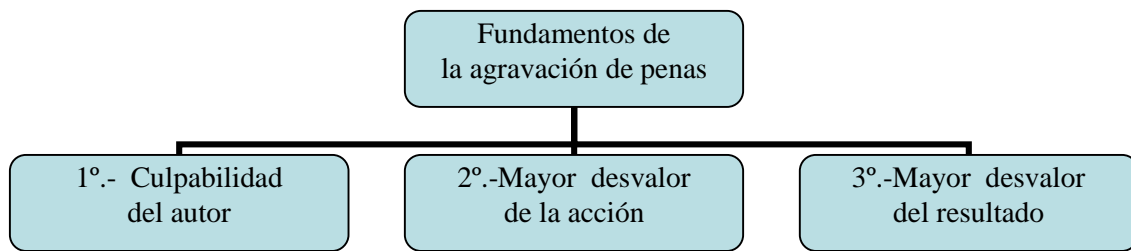
Circunstancias especiales o específicas

La primera cuestión que se plantea es si el comportamiento delictivo debe ser castigado más severamente cuando recae sobre una persona mayor, lo que presupone, desde luego, atender a consideraciones sociológicas y criminológicas.

A continuación, examinar hasta qué punto el Código penal vigente lo hace ya de manera suficiente y después, tomar posición acerca de:

- a) La procedencia de la agravación por la vía de las circunstancias generales.
- b) Por la vía de las circunstancias especiales conformadoras de un particular tipo delictivo.
- c) Mediante la combinación de ambos modelos no excluyentes entre sí.

Por otra parte, la concreción legislativa de la circunstancia o característica agravatoria puede girar en torno a diversos ejes:



Entre los motivos o la actitud que determinan la culpabilidad del autor puede ser considerado el hecho discriminatorio:

a) En torno al desvalor de la acción, por ejemplo, el abuso o el prevalimiento de superioridad, y

b) En torno al desvalor del resultado, por ejemplo, la vulnerabilidad de la víctima en los casos en que implique un ataque al derecho a ser tratado como igual no un ataque a la integridad moral, adheridos al ataque al bien jurídico protegido por el delito que venga en consideración, o el desprecio, objetivado, entendido como ataque a la integridad moral o a la igualdad (Alonso Álamo, M y Javato Martín A. M^a. Obra citada. Capítulo 2º).

El actual Código penal español no contiene una circunstancia agravante general expresamente referida a las personas mayores, que sí se encontraba en el viejo¹¹⁸. El fundamento de la agravante era “el ataque al respeto que se debe por la ley de la sociedad”, según decía Pacheco, a determinadas personas que en la práctica eran **niños y ancianos**. La protección a la “especial dignidad” parecía una reminiscencia pasada y así la Constitución de 1978 venía a superarla proclamando la igualdad y la no discriminación.

¹¹⁸ El viejo Código contemplaba en su artículo 10, nº 16 la circunstancia de “ejecutar el hecho con ofensa de la autoridad o desprecio del respeto que por la dignidad, edad o sexo mereciese el ofendido, o en su morada cuando no haya provocado el suceso”.

Sin embargo, la reforma, al suprimir tajantemente las circunstancias del artículo 10, nº 16 pasó por alto las diferencias valorativas que existían entre las mismas y su posible intelección dentro del marco constitucional. (Obra citada. Página 47).

Aquella supresión de la circunstancia de desprecio por la edad fundamentada no en la protección social sino desde la perspectiva de la integridad moral y de la igualdad podría ser cuestionada actualmente, cuando somos testigos de un alarmante incremento de los malos tratos a las personas mayores, como muestra la investigación criminológica y tratamos de apuntar en este mismo trabajo. Se trata de una expresión de la creciente sensibilización hacia la protección de las personas mayores con referencia expresa a la edad, como hace la Unión Europea en el **artículo 21.1 de la Carta de los Derechos Fundamentales** a tener del cual “se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por motivos de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, **edad** u orientación sexual”.

A falta de una regulación directa, el Código penal presenta diferentes circunstancias generales que podrían venir en consideración, si la víctima es una persona mayor, siempre que no sean inherentes al delito o medie incompatibilidad. Una de las más aplicables es el abuso de superioridad del artículo 22. 2ª del Código penal, y más cuestionable la aplicación de la alevosía del artículo 22.1ª o del abuso de confianza del 22. 6ª.

La falta de alusión al factor de la edad para la protección penal de las personas mayores, la suple el Código con referencias del tipo “vulnerabilidad”, “ascendiente”, “incapaz”, que podrían ser aplicables a características típicas, lo que no siempre conduce en la práctica a resultados satisfactorios no solo por no atender de forma directa el problema de la edad sino también porque posibilita el desarrollo de la jurisprudencia poco homogénea en supuestos de maltratados mayores. (Obra citada. Página 52).

Aunque solo sea por adecuarse al contenido de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, sería conveniente una acomodación del Código penal que tuviese en cuenta la evidente discriminación por razón de edad que sufre la generalidad de las personas mayores en nuestro país y que son causa de un sufrimiento tan generalizado como oculto.

Se trataría de contemplar una circunstancia fundada en el mayor desvalor del **resultado** y no en el mayor desvalor de **la acción** ni en los motivos del autor relativos a la culpabilidad.

12.2.- La tutela penal frente al maltrato a las personas mayores

Las personas mayores pueden ser víctimas o sujetos pasivos de cualquier infracción penal (robos, hurtos, delitos contra la integridad sexual, etc.). Por su mayor frecuencia estadística destacaremos algunos supuestos más relevantes (Javato Martín, M. y Montserrat de Hoyos Sancho. Obra citada. 2010:103).

La forma más genuina del maltrato a las personas mayores es el **maltrato físico** en forma de **agresiones-lesiones**. Los producidos por terceros fuera de una relación intra familiar y fuera del ámbito institucional no plantean otra especialidad que la aplicación del artículo 147 y ss del CP con la agravación del artículo 148.5¹¹⁹. Los supuestos más frecuentes y caracterizados de agresiones a personas mayores serían las cometidas en el ámbito institucional y las agresiones intra-familiares. Las cometidas en el ámbito institucional lo son por profesionales o personal sanitario e incluyen las que se producen sobre los ancianos por otros residentes.

Más que el problema de su tipificación jurídica, estos supuestos plantean el problema de su investigación judicial, pues normalmente la “noticia criminis” no procede del propio anciano perjudicado¹²⁰; de modo que la investigación queda supeditada a la denuncia de personas externas a la familia, como profesionales sanitarios y cuidadores.

Respecto al delito **contra la integridad moral** a partir de las conductas gravemente vejatorias o degradantes sobre ancianos, estamos ante el artículo 173.1 CP¹²¹. Aunque el Código no define “trato degradante” ni contiene una enumeración o catálogo de conductas susceptibles de ser incluidos en el concepto, debemos entender como trato degradante el someter a otro a cualquier trato, capaz de producir en la víctima sentimiento de temor, angustia y de inferioridad, susceptibles de humillarle y quebrantar su resistencia física o moral.

¹¹⁹ “Las lesiones previstas en el apartado 1 del artículo anterior, podrán ser castigadas con la pena de prisión de dos a cinco años, atendiendo al resultado causado o riesgo producido: 5º Si la víctima fuera una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor”.

¹²⁰ Solo un 6% de las denuncias por estos hechos provienen de los propios ancianos maltratados.

¹²¹ “El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años”.

Se incardinan aquí los supuestos más graves de vejaciones o tratos humillantes o degradantes a ancianos que produzcan en relación de causalidad un menoscabo grave para su integridad moral, (Javato Martín, M. y Montserrat de Hoyos Sancho. Obra citada. Pág. 113) como pueden ser inmovilizaciones innecesarias de manos o pies en Centros /Residencias, falta absoluta de higiene (mantenimiento del mayor con vómitos o excrementos), falta de alimentación, y de movilidad; patadas o golpes gratuitos, etc.; abusos y/o **agresiones sexuales** se tutelan por la vía de los artículos 178 y ss. del Código Penal.

Modalidad muy frecuente de maltrato a personas mayores es el que tiene que ver con el **abuso económico**. Dada la especial condición de las personas mayores en cuanto a su estado psíquico¹²², restricciones a la información, ausencia de filtros de protección, etc., se trata de un colectivo especialmente proclive a ser víctimas de acciones relacionadas con la economía personal (estafas, defraudaciones, engaños, hurtos, etc.). En el ámbito de las personas mayores es necesario investigar y juzgar los hechos con parámetros no exclusivamente objetivos, sino teniendo en cuenta la condición subjetiva del anciano víctima.

Junto con el abuso económico (defraudaciones/ estafas) y el maltrato físico, los **abandonos**¹²³ son los supuestos más frecuentes y caracterizados del maltrato a ancianos y mayores. También es la materia en la que existe más disparidad aplicativa de tipos penales ante una misma situación fáctica, provocada por la existencia de una pluralidad de preceptos penales que aparentemente vienen en aplicación, pero que tutelan sólo parcialmente las conductas cometidas sobre personas mayores.

En la tutela jurídica relacionada con el maltrato a las personas mayores cobra especial importancia la actuación diligente del Ministerio Fiscal que, en su condición de garante de la justicia pública, ha de velar por la defensa de los derechos de este colectivo especialmente vulnerable, con acciones como: vigilancias y visitas de centros y residencias; comunicación con los trabajadores sociales, médicos, notarios, etc.; relación fluida con los servicios de inspección de la administración; ejercicio de acciones penales; celo en la fiscalización de la rendición de cuentas de las tutelas; fiscalización y seguimiento periódico de las cuentas bancarias del mayor, etc.

¹²² Actualmente hay contabilizados unos 800.000 enfermos de alzheimer, 65% de los cuales son mujeres.

¹²³ Entendidos en sentido amplio comprensivo de “desatenciones” u “omisiones de asistencia o auxilio” y abandonos materiales y físicos.

Tras las recientes sentencias del Tribunal Supremo, de 3 de junio de 2014 y 30 de enero de 2015 se interpreta que el **abandono emocional** de los padres por los hijos supone un maltrato psicológico que puede considerarse como maltrato de obra a los efectos de desheredación del artículo 853.2 del Código Civil Español¹²⁴.

Los nuevos modelos familiares, la globalización, el aumento de la esperanza de vida, la movilidad de las personas por motivos laborales, la propugnación de la autonomía de la voluntad por encima de cualquier otro principio jurídico; son, entre otros, algunos de los motivos por los que éste es un debate que en nuestros días está más avivado que nunca.

La sentencia de 3 de junio de 2014, en esencia, abre una puerta a la desheredación de descendientes que no tienen vínculos familiares con el testador, y para ello se sirve de una interpretación amplia del párrafo segundo del artículo 853 del Código Civil, al considerar como maltrato de obra el abandono de los padres por los hijos. La sentencia supone un cambio jurisprudencial trascendente, al pasar de la interpretación restrictiva del artículo 853 del Código Civil¹²⁵ a una interpretación extensiva, incluyendo el maltrato psicológico como modalidad del maltrato de obra, y entendiendo que el abandono emocional, contrario a los deberes inherentes a toda relación paterno-filial, puede ser considerado como maltrato psicológico.

Según el tenor de la sentencia, “esto es lo que ocurre con los malos tratos o injurias graves de palabra como causas justificadas de desheredación, que, de acuerdo con su naturaleza, deben ser objeto de una interpretación flexible conforme a la realidad social, al signo cultural y a los valores del momento en que se producen.” Y añade: “En orden a la interpretación normativa del maltrato de obra como causa justificada de desheredación, en la línea de lo anteriormente expuesto, hay que señalar que, en la actualidad, el maltrato psicológico, como acción que determina un menoscabo o lesión de la salud mental de la víctima, debe considerarse comprendido en la expresión o dinamismo conceptual que encierra el maltrato de obra”.

¹²⁴ Art. 853 CC Serán también justas causas para desheredar a los hijos y descendientes, además de las señaladas en el artículo 756 con los números 2, 3, 5 y 6, las siguientes:

1.^a Haber negado, sin motivo legítimo, los alimentos al padre o ascendiente que le deshereda.

2.^a Haberle maltratado de obra o injuriado gravemente de palabra.

¹²⁵ Sentencia del Tribunal Supremo 4 Noviembre 1997

Principalmente, a la vista de la sentencia, surge la dificultad de diferenciar entre la voluntaria ruptura de vínculos o abandono emocional y el maltrato psicológico por abandono familiar, de forma que fuera de un pretendido “abandono emocional”, como expresión de la libre ruptura de un vínculo afectivo o sentimental, los hijos pueden incurrir en un maltrato psíquico y reiterado contra su padre del todo incompatible con los deberes elementales de respeto y consideración que se derivan de la relación jurídica de filiación, con una conducta de menosprecio y de abandono familiar”, lo que puede hacer suponer que el Tribunal Supremo ha incluido, como maltrato de obra, el maltrato psicológico por menosprecio y abandono familiar; pero no la simple ruptura de vínculos y abandono emocional que solo lo será cuando efectivamente se haya producido una ruptura absoluta de comunicación, extendida en el tiempo, que haya provocado un verdadero padecimiento en el testador, hasta el punto de suponer un incumplimiento al deber de respeto que, conforme al adverbio “siempre” del artículo 154.2 del Código Civil, es vitalicio.

Las sentencias que venimos tratando tienen una valoración positiva, porque en primer lugar, está en línea con la evolución de la sociedad, que reclama cada vez más la absoluta libertad de testar; y, en segundo término, está en línea con la evolución legislativa imperante en nuestro entorno, que ya ha respondido a dichas demandas sociales, a diferencia de lo que ocurre en el Derecho Común, solución que supone un paso importante en el proceso de libertad de disposición de los bienes para después de la muerte; y su fundamentación no es ajena a la defensa del valor de dignidad de la persona, germen o núcleo fundamental de los derechos constitucionales.

TIPO DE CONDUCTA	APLICABLE
Conductas de grave desatención o falta de asistencia o cuidado en Residencias (Falta de higiene, cuidados, alimentación, etc.).	Art. 173.1 del CP
Omisión de asistencia sanitaria por parte del personal del Centro	Art. 196 del CP ¹²⁶

¹²⁶ “El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

13.- LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

13.1.- Las propuestas de Política Criminal

Se define la Política Criminal como “aquel conjunto de medidas y criterios de carácter jurídico, social, educativo, económico y de índole similar, establecidos por los poderes públicos para prevenir y reaccionar frente al fenómeno criminal, con el fin de mantener bajo límites tolerables los índices de criminalidad en una determinada sociedad”. (Borja Jiménez, E. Valencia, 2003:22).

El maltrato a las personas ancianas es un fenómeno de una gran magnitud y además se encuentra en franco crecimiento. Se trata de un problema importante en nuestra sociedad porque va afectando a un número de personas que aumenta con el paso del tiempo. Analizadas en este trabajo las causas principales que originan el fenómeno, hemos de aceptar que el mismo no deja de ser un mal que precisa ser atajado tanto en las causas que lo originan, como en las consecuencias que de él derivan.

En muchas facetas de la vida, puede suceder que a los estudios teóricos de un problema no le sigan realizaciones prácticas tendentes a su solución, desde una perspectiva realista, lo que resulta más lamentable en un caso como el que tratamos, bajo el cual subyace tanto sufrimiento y tanta indefensión.

Vamos a presentar un catálogo de propuestas, una serie de supuestos de actuación posible que podrían tener un enfoque encaminado a la prevención, mejora y solución de las situaciones de malos tratos buscando abarcar metas, objetivos y compromisos por parte, tanto de las Instituciones como de la sociedad en general, y que vendrían a tener un contenido, más o menos, de este tenor:

1.- Garantía de derechos y protección de las personas mayores así como adecuación de la legislación a las peculiaridades del fenómeno en orden a alcanzar una plena protección del bien o bienes jurídicos que pudieran verse afectados por el maltrato la agresión o el ataque del que la víctima sea una persona mayor.

Desde el punto de vista de la ordenación legislativa, como hemos visto, el Maltrato a Ancianos está recogido en nuestro Código Penal englobado con el resto de los malos tratos en el ámbito familiar, contemplándose su tratamiento en los bloques:

En primer lugar, en referencia a las lesiones del artículo 617 para los malos tratos de carácter físico; y, en **segundo lugar**, en los aspectos recogidos en el Título VII del Libro II del texto punitivo referido a las “torturas y otros delitos contra la integridad moral” para el resto de los malos tratos. Lo referente a la libertad e indemnidad sexual, al orden socioeconómico y al resto de los derechos fundamentales se encuentra recogido de forma genérica sin especialidad. No existiendo en nuestra legislación una normativa penal específica para el maltrato a las personas mayores, su tipificación ha de deducirse de la aplicación de los preceptos que hacen referencia a la “relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza, adopción o afines, con la víctima”.

La Ley 1/2004 introduce un nuevo supuesto de agravación en el artículo 148 del Código Penal cuando en el delito de lesiones la víctima “fuere o hubiere sido esposa, o mujer que estuviere o hubiere estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia”. También, “si la víctima fuera una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor”.¹²⁷

Lo cierto es que las personas mayores no están citadas ni antes ni ahora de modo expreso en una legislación especialmente dedicada a ellos, lo que tal vez fuese conveniente de cara, al menos, a la sensibilización social ante el problema, si bien hemos de reconocer que a efectos prácticos no existe un problema de vacío legal en el momento actual. A efectos relacionados con la prevención y protección, es necesario tener en cuenta que “una normativa disgregada entre diversos órdenes jurídicos obliga a la víctima a iniciar "un peregrinaje de actuaciones jurídicas con el inconveniente de que en la mayor parte de los casos depende de las personas que ejercen los abusos".

“Sería conveniente que el legislador tuviera en cuenta esta realidad y creara soluciones en la misma línea que la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género" (Asunción Perianes y M^a Jesús Alia).¹²⁸

¹²⁷ Anteriormente, el artículo 148 aplicaba la agravación “si la víctima fuere menor de doce años o incapaz.

¹²⁸ Propuestas contenidas en “Personas Mayores en condición de Vulnerabilidad, Maltrato, Abuso”, obra presentada a iniciativa del vocal del Consejo General del Poder Judicial y Presidente del Foro Justicia y Discapacidad, Pío Aguirre.

En este mismo foro se constata que las estadísticas atestiguan claramente la circunstancia de que los niveles de abusos y maltrato en los colectivos de mayores y de discapacitados son "considerablemente mayores" a los del resto de las personas y, además, registran un bajo nivel de detección.

La Defensora del Pueblo de la Comunidad Autónoma de Navarra en su Informe al Parlamento Foral hecho público en febrero de 2007, en una de sus propuestas, ya concretaba algo que nosotros hacemos nuestro en este caso: La elaboración de la Carta de los Derechos del Mayor que recoja a nivel del Estado una serie de Derechos y Deberes de las personas mayores que vengán a sintetizarse en: Asistencia, respeto, participación, autonomía, autorrealización.

Podemos resumir las acciones en:

Soluciones legislativas adaptadas a las peculiaridades del fenómeno.

Erradicación de las situaciones de desamparo o desprotección.

Medidas para la puesta en valor de las potencialidades específicas.

Elaboración de la Carta de los Derechos del Mayor que recoja a nivel del Estado una serie de Derechos y Deberes de las Personas Mayores.

2.- Promoción de estamentos que puedan recoger el sentimiento y las expectativas de los ancianos para poner en valor su potencial específico, facilitando, estimulando y fomentando la denuncia y el esclarecimiento de los casos de maltrato.

Romper el silencio sería una meta a conseguir ante el problema. De la sensibilización de todos puede nacer la esperanza de ver desaparecer la violencia de la ignorancia, la violencia de la indiferencia. La prevención sigue siendo la estrategia esencial: hay que actuar sobre todos los factores de riesgo y tratar de lograr una auténtica solidaridad intergeneracional y social. Romper el silencio consiste en activar políticas públicas y asociativas de la vida, tanto a nivel nacional como local.

Como en muchos otros ámbitos, el Consejo de Europa ha jugado un papel precursor en materia de violencia en el seno de la familia. La Recomendación R(85)4¹²⁹ sobre la "violencia en el seno de la familia" al igual que la Comisión de "Violencias contra las personas mayores en el seno de la familia", reunida en 1989 a 1991, constituyen fuentes de inspiración. (Robert Cario en Urkoa Fundazioa, 2006: 178).

¹²⁹ Strasburgo, multigraph, 1986, 16 pags.

Hay que vencer la “epidemia silenciosa”. Para que cese la violencia (del tipo que sea) contra una persona (sea quien sea) es preciso que la situación sea conocida ante todo por las autoridades de control social, sanitario y judicial.

Además, existe la dificultad de la víctima a contar el abuso, ya que tiene una gran dependencia afectiva de su familia y cuidadores y, en muchos casos, resulta más dramático denunciar a una persona a la que quiere y de la que se encuentra necesitada para hacer muchas de sus actividades cotidianas que el propio maltrato.

De hecho, la baja detección de casos de maltrato y violencia en los mayores se debe a que casi el 100% se producen por personas muy cercanas a la víctima, familiares y cuidadores. Y el camino y la tramitación que lleva a los juzgados o a las comisarías no tiene un fácil recorrido para las personas mayores que, por otra parte, suelen ser bastante desconocedoras de qué deben hacer cuando son maltratadas o dónde tienen que denunciar.¹³⁰

Además de sacar a la luz la injusticia del sufrimiento callado de los ancianos, debe estimularse la creación de Asociaciones –sea cual fuere su tipología- que tengan como objetivo poner en valor las potencialidades del colectivo, tanto desde el punto de vista económico como, y sobre todo, electoral. Los ancianos, aprovechando la singular circunstancia de su número creciente, deben organizarse del modo que convenga para jugar esta importante y eficiente baza en la defensa de sus derechos y reivindicaciones.

En contrapartida y con afán de pedagogía social, conviene la puesta en práctica de todo tipo de campañas sociales y divulgativas de erradicación de prejuicios y estereotipos que afectan negativamente la imagen de las Personas Mayores.

En resumen:

Promoción de estamentos que recojan las necesidades de los Mayores.

Ruptura de la “epidemia silenciosa” activando políticas públicas con ese objetivo, tanto a nivel nacional como local.

Esclarecimiento de los casos de Maltrato.

Incremento de los controles sanitarios, sociales y judiciales.

3.- Incremento del poder adquisitivo de las pensiones de jubilación.

¹³⁰ Contenidas en “Personas Mayores en condición de Vulnerabilidad, Maltrato, Abuso”. Publicado en prensa, 21 febrero 2010

Enlazamos este apartado con el anterior y con el siguiente partiendo de la base de que en una gran parte de las modalidades de maltrato existente a todos los niveles existe una componente económica. Desde el punto de vista del poder adquisitivo, es indudable que si los ancianos tienen respaldo económico, cesarán una parte de los prejuicios que pesan sobre ellos en el sentido de constituir una carga para las familias.

Según datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración, la pensión media de jubilación alcanzó en febrero de 2010 los 877,12 euros mensuales, situándose en agosto, 2013, en 981,92 euros mensuales.¹³¹

En concreto, la pensión media de viudedad se situó en febrero en 569,60 euros mensuales, mientras que la de incapacidad permanente alcanzó una cuantía media de 846,19 euros mensuales. Por su parte, la pensión media de orfandad ascendió a 348,98 euros mensuales, mientras que la de favor de familiares se situó en 457,07 euros al mes.

Es evidente que la cuantía de la pensión media que se ha referido puede cubrir las necesidades de subsistencia, pero en absoluto otorgan al pensionista un desahogo que le permita llevar una vida de calidad, máxime cuando resida en Comunidades Autónomas que se encuentran por debajo, lo que se detalla en el siguiente gráfico:

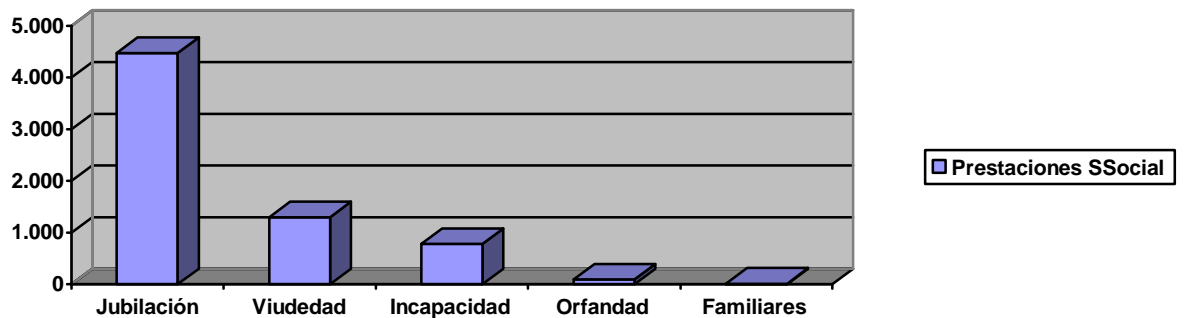
Por encima de la media se encuentran: País Vasco (959'85 euros), Asturias (925,01 euros), Madrid (915,38 euros), Navarra (872,08 euros), Ceuta (830,07), Cantabria (805,63 euros), Aragón (802,19 euros), Cataluña (797,68 euros).

Por debajo de la media se encuentran: Melilla (763,33 euros), Castilla y León (753,19 euros), La Rioja (739,82 euros), Canarias (727,41 euros), Castilla-La Mancha (724,13 euros), Andalucía (711,55 euros), Comunidad Valenciana (710,48 euros), Baleares (702,23 euros), Murcia (682,49 euros), Extremadura (661,56 euros) y Galicia (647,53 euros).

Para abonar estas prestaciones, la Seguridad Social destinó un total de 6.666,9 millones de euros de los que 4.471,9 millones correspondieron a la nómina mensual de las pensiones de jubilación; 1.298,9 millones a pensiones de viudedad; 785,6 millones a incapacidad permanente; 93,1 millones a orfandad; 17,2 millones a favor de familiares, según queda representado en el siguiente gráfico.

¹³¹ La pensión media del sistema comprende las distintas clases de pensión, a saber, jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad y a favor de familiares.

Figura 47.- Prestaciones otorgadas por la S. Social por capítulos



Desgraciadamente, más de tres millones de pensionistas cobran pensiones mínimas y no contributivas. La pensión media de jubilación es aproximadamente 981,92 euros mensuales, como ya se ha indicado, pero las de viudedad son inferiores y algunas no contributivas llegan a alcanzar la cifra de 500 euros.

No hay que hacer muchos cálculos para deducir que con este poder adquisitivo, sus perceptores tienen riesgo de ser víctima de prejuicios más que fundados cuando necesiten ser atendidos por familiares o cuidadores informales, encontrando, además, serias dificultades para encontrar plaza en las instituciones públicas.

Lo que ocurre es que –según se indica en otro apartado de este trabajo- la percepción del bienestar de nuestros actuales ancianos se encuentra muy condicionada por lo que fueron sus años jóvenes en los que hubieron de soportar todo tipo de restricciones de carácter económico, lo que les hace sentir que estas cantidades de miseria que reciben sin aparente contraprestación inmediata por su parte, son un auténtico “lujo” y un regalo en relación con lo que acostumbraron a vivir.

Cuando las nuevas generaciones lleguen a esta edad, pondrán en serios problemas a los gobiernos del momento con exigencias de atención, si no se registran aumentos revolucionarios en estas prestaciones. Según un Informe presentado por la Defensora del Pueblo de Navarra¹³², una de cada tres personas mayores vive por debajo del umbral de la pobreza, por lo que se siente especialmente discriminados en lo referente a sus pensiones. Se trata de discriminaciones derivadas de que viven en una sociedad diseñada por y para jóvenes sanos en la que los mayores no cuentan.

¹³² Informe elaborado por la anterior Defensora del Pueblo, Doña María Jesús Aranda y hecho público el 22 de febrero de 2007.

Como afirma la Confederación Española de Organizaciones de mayores (CEOMA)¹³³, “... todos podríamos hacer una lista de gastos inútiles e incluso perjudiciales que son aprobados por los gobiernos. Y sabemos por el barómetro del CIS (noviembre de 2004) que la atención a la dependencia ya era la prioridad social para los españoles. Por lo tanto, la ayuda a los ancianos tendría preferencia a muchos de esos gastos. Se trata de una buena opción en teoría, pero difícil en la práctica”Es necesario que la sociedad moderna asuma la idea de que los mayores no son una carga, sino un activo que aporta la experiencia, la formación, los valores humanos, el tiempo libre, la dedicación y el apoyo a su familia. Son los generadores de la actividad, del consumo, de la calidad de vida y del desarrollo de nuevos recursos económicos y sociales.¹³⁴

Del 8 al 12 de abril de 2002, se celebró en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento organizada por Naciones Unidas. Su importancia fue indiscutible y en ella se abordaron temas de gran calado referidos en concreto al asunto que tratamos.

Destacamos algunos contenidos de la Ponencia Nº 3, que hacemos nuestros e incorporamos a la presente propuesta: Cuestión 2; El empleo y el envejecimiento de la fuerza del trabajo: Punto 23.- Se debe permitir a las personas de edad seguir realizando tareas remunerativas mientras lo deseen y puedan hacerlo productivamente. En esta línea se estima la conveniencia de que las Personas Mayores puedan llevar a cabo actividades remuneradas mientras lo deseen y de modo productivo, haciéndolo compatible con la percepción de la correspondiente pensión, aunque ello pudiere suponer una legislación basada en una discriminación positiva, como ya se ha hecho en otros campos¹³⁵.

Punto 27.- En los casos en que pudiera haber escasez de mano de obra, podrían requerirse cambios importantes en las estructuras de incentivos existentes a fin de alentar a más trabajadores a aplazar voluntariamente la jubilación completa y permanecer en el empleo a tiempo parcial o como empleados a tiempo completo.

El Informe que referimos detalla en el Objetivo 1: Brindar oportunidades de empleo para todas las personas de edad que deseen trabajar...

¹³³ Documento aprobado por su Junta Directiva, en su reunión de 13 de febrero de 2007 y el Borrador de Acuerdo sobre el alcance, contenido e intensidad de las prestaciones del SAAD, de 29 de enero de 2007

¹³⁴ CEOMA. 8º Congreso. 23 de abril 2007. Pag. 7 de 91.

¹³⁵ Entiéndase aquí la legislación sobre Violencia de género.

Los datos dicen que si todos los mayores no realizaran ningún trabajo, al menos en los inmediatos años a partir de los 65, se desaprovecharía un caudal de conocimientos, experiencia y capacidades muy sustancial y que los Estados no pueden tener a tal número de ciudadanos inutilizados, con las nefastas consecuencias para su economía y para la salud mental y física de los mismos y su repercusión en los costes de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social¹³⁶.

Por otra parte, del 5 al 9 de abril de 2002, también se celebró en Madrid el Foro Mundial de ONG's para el Envejecimiento, llegando dentro del capítulo "Los Derechos de las Personas Mayores" a conclusiones de gran calado, que asumimos.

Por lo que respecta al Gobierno Español en esta línea, hemos de resaltar que la Recomendación Décima del Pacto de Toledo señala que "resultaría muy aconsejable, en términos financieros y sociales, facilitar la prolongación voluntaria de la vida activa de quienes libremente lo deseen". Este Pacto se aprobó en la sesión del Pleno de los Diputados del Congreso de 6 de abril de 1995 y desde entonces ha constituido la guía de acción jurídico-política en materia de política de jubilación y de pensiones.

Cabría finalmente tomar en consideración la dotación de recursos destinados a satisfacer lo que denominaríamos como Ayudas de Emergencia Social, destinadas a hacer frente a gastos específicos de carácter básico, provocados por situaciones excepcionales y previsiblemente irrepetibles, cuyo destino viene a ser alimentación, razones humanitarias o de fuerza mayor, equipamiento básico, uso y mantenimiento de la vivienda, vestido y salud. En relación con todo lo expuesto y como medidas de Política Criminal de nuestras Instituciones Públicas podemos proponer:

a) Es necesario planificar comprensivamente las políticas para personas mayores. Las políticas actuales están fragmentadas y a menudo carecen de una perspectiva relacionada con el envejecimiento.

b) Es necesario legislar con criterios de discriminación positiva a favor de las condiciones sociales y económicas de las personas mayores.

c) Se debe promover que la jubilación, además de ser un derecho universal, se pueda realizar voluntariamente de forma progresiva y flexible.¹³⁷

¹³⁶ 8º Congreso Nacional de Mayores. CEOMA. Madrid, abril 2007. Pág. 52 de 91. Ponencias.

¹³⁷ Congreso citado: Pág. 54 de 91.

d) Las cuantías de las percepciones que han de otorgarse a las Personas Mayores jubiladas (dependientes y no dependientes) han de estar a la altura de permitir una autonomía económica sin riesgos.

e) Con criterios económicos, pero también de estimulación del envejecimiento activo, procede compatibilizar la percepción de pensiones con posibles remuneraciones por actividades que puedan desempeñar las Personas Mayores jubiladas.

f) Como complemento al volumen de las percepciones líquidas, sería positivo el establecimiento de toda una serie de prestaciones complementarias, como bonificaciones en viajes, museos, centros de esparcimiento, programas de ocio, deporte y cultura, etc., y no solamente con un tinte benéfico o asistencial, sino como un reconocimiento social a una vida entregada por el mayor a la causa colectiva y como un medio de cambiar los prejuicios hacia imágenes en positivo.

g) Establecimiento de prestaciones complementarias diversas y cobertura de las situaciones de emergencia social. Todo ello equivale esquemáticamente a:

Adecuación de las prestaciones a condiciones de calidad de vida.

Estímulo del Envejecimiento Activo tras la jubilación facilitando y promoviendo la actividad remunerada compatible con la pensión.

Resolución favorable de situaciones de emergencia social.

4.- Desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Enlazando con lo afirmado anteriormente y en esta misma línea debemos referir las posibilidades que ofrece la reciente Ley de Dependencia, cuyo desarrollo puede favorecer la autonomía de los mayores con respecto a sus actuales cuidadores y también a los potenciales.

Se define su objeto como el de “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes...”.

Las intenciones con que nace son buenas, como también el consenso de su aprobación, y cabe esperar de su implantación resultados satisfactorios, salvadas las insuficiencias. Como ha quedado señalado a lo largo de este trabajo, las situaciones de dependencia son generadoras de un incremento de las situaciones de maltrato a las personas mayores, por lo que la oportunidad de esta Ley es evidente para paliar esta situación.

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) hace referencia, en los documentos anteriormente mencionados, al fenómeno del “copago”, es decir, a la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones de acuerdo con el artículo 33 de la Ley, que prevé esa participación en la financiación de las prestaciones, según el tipo de coste del servicio y su capacidad económica personal. Criterios de aplicación que han de ser desarrollados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Con fecha 29 de enero de 2007 termina de publicarse el Borrador de Acuerdo sobre alcance, contenido e intensidad de las prestaciones del SAAD, en el que se desarrollan, entre otros temas de gran interés, los criterios de aplicación sobre participación de los beneficiarios en la financiación de las prestaciones.

Se trata de una cuestión de especial relevancia para todas las personas de edad y afecta muy especialmente a las personas dependientes y a sus familias que ahora están soportando alrededor del 80% de los costos de la dependencia lo que incrementa el desgaste psicológico de unos cuidados permanentes sin respiro. La situación ya era reflejada por el Informe del Defensor del Pueblo de 2004 cuando hacía alusión al “... peso abrumador que debe soportar la familia española en cuyo seno existe un enfermo mental o personas dependientes...”.

El copago va a introducirse, pero de hecho ya está introducido en el caso de las residencias públicas, con la aportación de alrededor de un 75% de la pensión, lo que hasta cierto punto parece razonable, pues los ingresos y patrimonios deben ser empleados, en primer lugar, en la propia persona dependiente.

Y se establecen dos criterios para fijar la participación del beneficiario, que son la capacidad económica personal y el tipo y coste del servicio que el Consejo Territorial, partiendo de la base de que – como dice la Ley- ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de medios económicos, teniendo gran importancia en la cuantía del copago el tipo de servicio o prestación.

En definitiva, lo más importante será la cuantía del copago. Parece ser que la cifra que se ha manejado hasta ahora es aproximadamente un tercio del costo, contando con que quedarían exentos prácticamente todos los preceptores de las pensiones mínimas y la gran mayoría de las viudas estarían dentro de este apartado.

En opinión de CEOMA, el tope máximo de contribución del beneficiario debe de ser el 30% del costo y menores porcentajes en determinadas prestaciones y circunstancias procurando evitar que la Ley “universal” se convierta en una moderna Ley para pobres. El Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

De acuerdo con el capítulo III, título I de la Ley, el baremo que se establece determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. En resumen:

Dotación de medios materiales para el desarrollo de la Ley.

Agilización en el tiempo de los diagnósticos y la adopción de medidas asistenciales.

Coordinación normativa estatal, autonómica y local al respecto.

Adecuación del “copago” a las situaciones económicas particulares.

5.- Dotación de Centros Geriátricos y medios públicos suficientes para la atención de este grupo social, evitando la discriminación y las diferencias sociales por razón de edad o de sexo.

Aunque parece derivarse del contexto general en que venimos desarrollando este apartado y además parece una exigencia que necesariamente ha de derivar de la aplicación de la tan comentada Ley 39/ 2006, la ampliación de la dotación de todo tipo de instalaciones y medios parece una evidencia incontestable.

En la actualidad existen Centros de atención para los ancianos y su incremento cuantitativo y cualitativo es considerable, si lo comparamos con épocas pasadas; pero el objetivo final será el de lograr un número que esté acorde con las necesidades del momento y con unas condiciones de acceso y mantenimiento desde el punto de vista económico, al alcance de todos.

En lo relativo al enfermo de Alzheimer, enlazamos este punto con el siguiente, al que nos remitimos. Por consiguiente, se trata de:

Incremento del número de Centros hasta la cobertura total de necesidades.

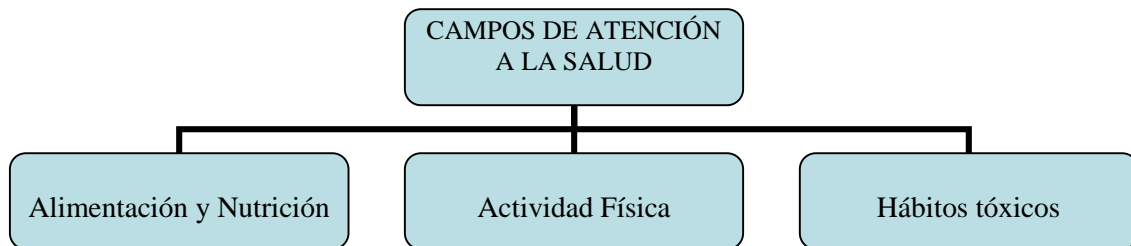
Eliminación de barreras burocráticas y económicas para el acceso.

Dotación de medios técnicos y económicos suficientes.

Consideración especial del Alzheimer en razón de su cuantía numérica.

6.- Atención a la salud, apoyo y protección social de las personas de edad, incluidos los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación.

La atención a la salud, apoyo y protección social de las personas de edad, incluidos los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación han de estar al alcance de todas las posibilidades. La prevención es vital y a ella deben dedicarse esfuerzos desde la sociedad y desde los poderes públicos. Existen tres grandes áreas sobre las que debe ponerse un mayor énfasis a nivel preventivo dentro de los programas de salud pública: el campo de la alimentación y nutrición, el de la actividad física y el de la lucha contra los hábitos tóxicos.



Nuestros mayores siguen teniendo, en general, unos hábitos alimenticios poco sanos, la desnutrición sigue siendo un problema en estas edades y, en cierta forma, comienza también a serlo la obesidad. Falta información y sensibilización social en relación con este punto. Las mismas consideraciones pueden hacerse con respecto a la necesidad de potenciar la actividad física entre los mayores... (CEOMA. Madrid, 2002, párrafos 57 a 86). Cuando a un mayor se le diagnostica esta enfermedad, también se está anunciando un cambio de estilo de vida para sus familiares y sobre todo para su cuidador principal. La enfermedad conlleva, en la mayoría de los casos, dos pacientes al mismo tiempo: el mayor enfermo que es el que se ve, con síntomas de demencia, con trastornos de conducta e incapacitado; otro, el cuidador principal, que es el paciente oculto de la enfermedad y que precisa de igual manera de atención, dedicación, y consejo para disminuir su sobrecarga física y psicológica.

Los poderes públicos no pueden obviar esta evidencia y tratarán de ofrecer:

Tratamiento diferenciado e individualizado según necesidades.

Especial incidencia en los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación con suficiente dotación de medios.

7.- Incremento de la formación geronto-geriátrica por parte de los profesionales sanitarios y de los servicios sociales.

En la citada Ponencia 4) para el Fomento de la Salud, del CEOMA se afirma textualmente que “en la enseñanza de la geriatría por parte de las facultades de medicina, el panorama es desolador. Paradójicamente, este tipo de enseñanza está mucho más presente en los planes de estudio de algunas diplomaturas como enfermería, trabajo social, terapia ocupacional o nutrición, donde existen asignaturas y profesorado específico al respecto. “A día de hoy, existe una única cátedra de geriatría en el conjunto de las facultades de medicina del país y, tal y como está concebida la enseñanza de la medicina y el acceso al profesorado en el momento actual, resulta utópico pensar que esta situación vaya a cambiar en un futuro próximo”, afirmación desalentadora en el medio plazo.

Parece evidente que así como existe la especialidad de pediatría y puericultura como disciplina específica para niños, también debe existir la especialidad de geriatría, con titulación específica ya que la patología del envejecimiento tiene particularidades evidentes, a veces singulares y propias.

La población de mayores aumenta cada año y debería tener todas las atenciones y derechos que el resto de la población. Y en la misma línea cabe la atención a la salud mental, con un subapartado específico dedicado a la cuestión del Plan Nacional del Alzheimer, tema candente e importantísimo tanto en términos cuantitativos (proporción creciente de enfermos) como cualitativa (carga enorme y acumulativa de todo tipo para familiares y sociedad). Resumiendo:

Extensión de las enseñanzas de geriatría en la Universidad española.

Consolidación de estos contenidos en las diplomaturas de enfermería, trabajo social, terapia ocupacional o nutrición.

Dedicación de especial atención a la problemática de salud mental en Mayores.

Exigencia de titulación académica para cuidadores institucionales.

8.- Promoción y desarrollo de Programas basados en la calidad, la investigación la formación y la innovación en la atención a Personas Mayores encaminados a la obtención de un nivel de vida adecuado.

A lo largo de nuestro trabajo hemos venido constatando el continuo incremento del número de Personas Mayores y el envejecimiento general de la población y muy especialmente el de las personas de avanzada edad¹³⁸.

Esta circunstancia genera una nueva situación de atención y tratamiento de nuevas enfermedades y discapacidades asociadas con la vejez extrema, debiendo los poderes públicos atender las necesidades de los integrantes de ese colectivo dentro de unas exigencias de calidad acordes con el desarrollo económico y social del entorno en que la vida de los mismos se desarrolle.

Para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”.

De tal modo que estamos ante un concepto relacionado con la salud física de la persona, con su estado psicológico, sus relaciones con los demás, su nivel de independencia, y con el entorno en el que su vida se desarrolla.

La realización de proyectos de investigación científica, la formación de los cuidadores profesionales y no profesionales y la innovación en el sector, incluyendo la innovación tecnológica y los programas de I+D+i deben perseguir el objetivo común de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores a través de un mejor conocimiento de sus particularidades y de todo aquello que las atañe, de la mejora de la atención que reciben, así como de los recursos y servicios que utilizan a través de la adecuación continua de los mismos. Y esquemáticamente:

Fomento de estudios monográficos sobre situación de los Mayores.

Diseño de Programas de formación continua para profesionales.

Estímulo Programas experimentales de medidas innovadoras. (I+D+I).

Activación medidas innovadoras en los servicios de atención a Mayores.

¹³⁸ Lo que ha dado en denominarse “Envejecimiento del envejecimiento”.

9.- Fomento y promoción **del voluntariado social** como medio de utilidad para la solución de problemas de aislamiento y abandono tanto social como humano, de los Mayores.

Es de todos aceptado que el maltrato tiene muy diversas manifestaciones y abundante tipología. También debemos estar de acuerdo en que las manifestaciones externas del maltrato pueden ser de carácter positivo (hacer), como negativo (dejar de hacer). Y muchas veces los propios ancianos experimentan ese segundo tipo de maltrato que tiene su expresión externa y palpable en el desprecio, el aislamiento, la negación del diálogo o la simple ignorancia de su existencia por parte de sus cuidadores o de sus familiares.

Todo lo cual puede producir dolor superior, a veces, al del mismo maltrato físico. Este fenómeno sería muy difícilmente abordable por los poderes públicos, porque es difícil contratar servicios de amabilidad, respeto, expresión de cariño, afecto o sencillamente simpatía en el trato humano, lo que en múltiples ocasiones constituye la mayor necesidad de las personas mayores.

Ante una sociedad, inmersa en un profundo cambio de época, en la que uno de sus principales motores es la globalización económica, que agudiza las desigualdades, fomenta la exclusión social y desarrolla valores marcadamente individualistas, nace y se desarrolla este movimiento social.

Surge como una energía solidaria más, protagonizada por todas aquellas personas o entidades que de un modo gratuito, organizado y estable, se empeñan en mejorar y transformar las condiciones de vida de las personas más desfavorecidas y excluidas de nuestro mundo, a través de organizaciones de voluntariado.

En este sentido, la Plataforma del Voluntariado de España (PVE) nace en 1986 como Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España (PPVE), respondiendo a la necesidad de impulsar, promocionar y proponer el voluntariado organizado, con objetivo de consolidarlo y representarlo ante los demás agentes tanto públicos como privados, enmarcándolo en un modo concreto de ejercer el derecho a la participación de la ciudadanía. En una definición sintética y de urgencia, podemos afirmar que un voluntario es la persona que, por elección propia, dedica una parte de su tiempo a la acción solidaria, altruista, sin recibir remuneración por ello.

9. a.- Voluntariado gitano

Porque se intuyen diferencias en cuanto al maltrato a los ancianos en esta etnia, vamos a hacer una breve referencia al voluntariado en la misma.

No suelen existir cifras exactas sobre el número de personas de etnia gitana que habitan en España. Es evidente que en los datos de empadronamiento no se exigen los que hacer referencia a la raza por mandato constitucional. Sin embargo, consta la existencia de comunidades de personas de esta etnia en cualquier rincón¹³⁹.

Los gitanos españoles, ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho, constituyen uno de los grupos que, desde el siglo XV han mantenido una cultura propia diferenciada. Su sistema de valores es una manera diferente de enfrentarse al mundo.

Es un estilo de vida que organiza todas las aportaciones culturales que le llegan del entorno y las transforman convirtiéndolas al modo de ser gitano.

Uno de sus valores es la Solidaridad, valor que hay que entender como los deberes de los gitanos para con los gitanos y que actúa en diversos ámbitos:

1.- La hospitalidad entre gitanos.

2.- La ayuda económica y/o moral, que se concreta en situaciones de enfermedad o en situaciones extraordinarias que reclaman, además de ayuda económica, la presencia de los miembros del linaje¹⁴⁰.

Los Servicios de Voluntariado Gitanos ejercen también una importante labor, si bien, la idiosincrasia de la etnia es más proclive a la solidaridad y pone en riesgo la seguridad y el tratamiento de los ancianos con mucha menor frecuencia que el otro mundo más vanguardista en procesos de globalización. Supone una manifestación de esa solidaridad que queda expresada en el ámbito de apoyo social a las personas más vulnerables dentro de la comunidad, así como una oportunidad para la normalización social de la participación de los gitanos.

13. b.- Otras modalidades de voluntariado

Habida cuenta de la importancia de la actividad solidaria para la solución de ciertos problemas conectados con el maltrato a las personas mayores, toda ella es considerable y digna de tomar en consideración.

¹³⁹ Existen Fundaciones que suelen tener estudios y datos a este respecto.

¹⁴⁰ Fundación Secretariado Gitano, 2005. <http://www.gitanos.org/areas/voluntariado/cgitana.html>

La Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer y otras demencias seniles (AFA) desarrolla una labor encomiable y muy efectiva dentro de su ámbito ofreciendo apoyo psico-social tanto a los afectados como a los familiares con campañas de sensibilización a la opinión pública y a las Instituciones sobre las necesidades de los enfermos y las familias afectadas y promoviendo la investigación científica sobre este tipo de demencias y difundiendo la necesidad de un diagnóstico preciso y diferencial.

Muchas acciones provienen de diversas ONG's, de los Servicios de Cáritas Diocesana de la Iglesia, o de otras confesiones religiosas, etc., etc.

Por su labor asistencial de orden práctico, debemos señalar la actividad de Cruz Roja Española cuyo ámbito, aunque es general, tiene una particular sección dedicada al tipo de personas que ahora nos ocupan, cual es el Servicio de Teleasistencia. En resumen: Estímulo del Voluntariado como herramienta neutralizadora de algunas modalidades de Maltrato. Creación de incentivos sociales y económicos para las Instituciones que se ocupan de su fomento. Instauración y estímulo del Programa "Cuidar al cuidador"¹⁴¹.

10.- Ordenamiento y sincronización de datos estadísticos sobre ancianos, de cara a la elaboración de políticas y estrategias eficientes.

Parece existir una cierta dispersión de la información relativa a los ancianos. Así, en cualquier Ayuntamiento pueden convivir instituciones que acogen por separado a las mismas personas sin constancia entre sí. Es decir, que hay hogares del jubilado dependientes de los Municipios, Autonomías u otras instituciones en los que pueden estar inscritos indistintamente los mismos beneficiarios, pero falta la unificación de esa información¹⁴². Sin embargo, se echa de menos un órgano centralizador que almacene los datos por edades y sexo, sobre todo, de cara a la planificación de estrategias globales de Política Criminal a este respecto. De ese órgano, emanarían las informaciones a los diversos centros sociales que contarían con la información conveniente para la acomodación de sus actividades y proyectos. Dada la movilidad de altas y bajas del colectivo, la información que se sugiere, debe estar convenientemente actualizada e informatizada.

¹⁴¹ El apoyo a los cuidadores. Primera edición, 2007. Instituto de Mayores y Servicios Social (IMSERSO) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de S. Sociales, Familias y Discapacidad.

¹⁴² En algunos Observatorios para la Igualdad sí que existen datos sobre población por sectores, que han dado pie a la elaboración de pirámides y estudios diversos de orden local.

Sin el menor atisbo de discriminación sino sólo a efectos prácticos y realistas, convendría tener un censo operativo de personas ancianas de la etnia gitana suficientemente relevante en cuanto a su número, en cada ciudad. Y dadas las circunstancias del momento, relacionadas con la inmigración, igualmente sería conveniente una localización documentada de las personas mayores de esa procedencia.

Se trata en definitiva de: Creación de un órgano centralizador de datos relativos a Mayores. Elaboración de censos por segmentos de población. Planificación de estrategias globales de Política Criminal al respecto.

11.- Creación de un protocolo de Maltrato para su detección rápida y eficaz.

Resulta evidente claramente que los niveles de abusos y maltrato en los colectivos de mayores y de discapacitados son cuantitativamente superiores a los del resto de las personas y, además, registran un bajo nivel de detección. Y también es cierto, como ya ha quedado apuntado, que la denuncia generalizada es difícil y se encuentra con barreras muy difícil de franquear por las propias víctimas.

Para luchar contra el problema y como respuesta de carácter socio-sanitario, debe incentivarse la dotación de medios especiales y la creación de un protocolo claro y conciso que permita a los médicos detectar maltrato en pacientes de edad, fomentando la frecuencia de los reconocimientos en las Instituciones y en los Centros Geriátricos. Y esquematizando: Dotación de medios para la creación y aplicación de un protocolo sobre Maltrato a Mayores. Estímulo de los reconocimientos médicos periódicos a estos efectos. Intervención de los Servicios Sociales en la detección de casos de Maltrato o insuficiente calidad de vida.

12.- Puesta en vigor de cuantas medidas sean convenientes para favorecer la participación de las Personas Mayores en los procesos de toma de decisiones dentro de los ámbitos en los que se desenvuelvan, así como la incentivación de cuantos programas convengan en la línea de un Envejecimiento Activo y Positivo.

Puesta en vigor de cuantas medidas sean convenientes para favorecer la participación de las Personas Mayores en los procesos de toma de decisiones dentro de los ámbitos en los que se desenvuelvan.

Las Personas Mayores constituyen un segmento de la población muy relevante desde el punto de vista cuantitativo dentro del censo general de habitantes del país, llegando a superar el veinte por ciento del total.

Sin embargo, es muy poco significativa la cantidad de ellos que se encuentran ocupando puestos de representatividad en cualquiera de los ámbitos en los que se desenvuelven, lo que no deja de constituir un despilfarro en la posible aportación de su experiencia y de su concurso personal.

Hoy día no puede ponerse en duda la influencia decisiva de los medios de comunicación en el establecimiento de opinión pública. Los gobernantes lo saben muy bien y se aprovechan de ello para su permanencia y consolidación en el poder.

Si a lo largo de nuestro estudio hemos partido de la base de la importancia de los prejuicios en el fenómeno del maltrato, parece evidente que en el desmontaje de los mismos radicarán una buena parte de la solución del problema. Por ello concluimos en la necesidad de incidir en la opinión pública en un intento de revolucionar el estado actual de la cuestión para elevar la imagen de la persona mayor al nivel social y humano que le corresponde.

La imagen de los mayores debe recuperar su prestigio, si no su veneración y debe recobrar el protagonismo en la esfera pública por sí o por medio de representantes.

Según Einstein, más difícil que desintegrar el átomo es desintegrar un prejuicio. Sin embargo, compete a la sociedad restituir una respetada de las personas mayores con todos los medios que estén al alcance para eliminar de modo eficaz los prejuicios de carácter negativo que operan contra ellas. En consecuencia de lo manifestado, debe fomentarse e incentivarse la participación de los Mayores en la toma de decisiones, adecuando las condiciones para ello. A este respecto, y con el fin de profundizar algo más en la línea apuntada, vamos a incorporar un epílogo a este apartado en el que haremos referencia a la adopción de la metodología “bottom-up” a escala global en un marco internacional como el MIPAA, al objeto de tratar la “Participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles”. Y todo ello podemos sintetizarlo en:

Fomento de las campañas de sensibilización pública tendentes a reivindicar el valor de la Participación de los Mayores.

Estímulo del respeto a la figura de los Mayores desmontando los prejuicios sociales y creando el contexto adecuado para la reivindicación de la relevancia de las personas mayores en el mundo actual.

Mejoramiento y estímulo de las condiciones favorecedoras del Envejecimiento Activo y Positivo.

13.- Adecuación de espacios para facilitar y favorecer las condiciones de accesibilidad de las Personas Mayores tanto en los ámbitos físicos como virtuales.

La Organización Mundial de la Salud ha ido regulando paulatinamente las condiciones de accesibilidad universal a Personas Mayores, tanto dependientes como no dependientes. Y España ha desarrollado convenientemente la normativa al respecto, de tal manera que ninguna persona pueda verse discriminada como consecuencia de ningún tipo de discapacidad de que pueda verse afectada.

En este sentido, los poderes públicos tienen ante sí la obligación de dotar todo tipo de espacios públicos de las adecuadas rampas de acceso, barandillas, ascensores, etc., al objeto de facilitar la deambulación de las personas con movilidad reducida. Los transportes públicos deben estar igualmente dotados de estos medios. Los semáforos estarán convenientemente provistos de medios sonoros que faciliten su localización.

En la misma línea, es necesario garantizar el acceso a cualquier entorno de las personas con disminución visual que vayan acompañadas de perros lazarillo, pudiendo todas las personas con disminución visual, total o parcial, que vayan acompañadas de perros lazarillo acceder a todos los lugares, alojamientos, establecimientos, locales, demás espacios de uso público y transportes públicos o de uso público, teniendo la consideración de perros lazarillo aquéllos que han sido adiestrados en escuelas especializadas, oficialmente reconocidas, para el acompañamiento, la conducción y la ayuda de las personas con disminución visual. Deben protegerse y facilitarse igualmente los accesos a la red. Finalmente, la legislación ya existente en los ámbitos de la accesibilidad debe ser revisada conveniente exigiendo su cumplimiento tanto en los espacios públicos como a los privados. Propuestas que resumimos en: Acomodación y revisión de la normativa de la O.M.S. sobre accesibilidad. Exigencia del cumplimiento de las reglas sobre accesibilidad universal. Incentivo de las medidas para facilitar la accesibilidad en edificaciones privadas. Estímulo de la accesibilidad en la web.

14.- Dotación de otros medios de actuación inmediata ante la detección de la necesidad como consecuencia del envejecimiento o del Maltrato.

“Personas Mayores en condición de Vulnerabilidad, Maltrato y Abuso” es un reciente trabajo que aborda desde el estudio de factores de riesgo pasando por la prevención y protección tanto jurídicas como de respuesta social y sanitaria.

Sus conclusiones se encuentran dentro de las propuestas contenidas en el documento Foro Justicia y Discapacidad que ya ha sido citado en la página anterior. Y en él se contienen algunas otras propuestas que hacemos nuestras, como:

a) Crear una casa de acogida para casos urgentes de Personas Mayores Maltratadas.

b) Establecer una línea de teléfono similar al 016 de víctimas de violencia machista que tenga como finalidad ayudar a estos ancianos, que en la mayoría de los casos callan su situación porque quienes ejercen los abusos pertenecen a su propia familia o a otros ámbitos afectivos próximos.

c) Definir un mapa socio-sanitario en cada municipio al objeto de tener ubicados tanto los Centros asistenciales como los medios materiales y los propios beneficiarios.

La publicación también llama la atención sobre el abuso económico a las personas mayores, "cada vez más frecuentes".¹⁴³

Del mismo modo en que opera en otro tipo de delitos (por ejemplo de violencia de género), "una mera comunicación ya sea verbal ya escrita a la policía o a la fiscalía de tutelas e incapacidades puede acabar de forma inmediata con estos abusos", señala el fiscal.

Se trata finalmente de:

Definición de un mapa sanitario en cada barrio o municipio con datos sobre Personas Mayores. (Centros asistenciales, medios materiales y los propios beneficiarios)

Creación de una Casa de Acogida para casos urgentes de Maltrato.

Establecimiento de una línea telefónica de atención urgente.

¹⁴³ Artículo firmado, entre otros por el Fiscal Carlos Ganzenmüller

2ª Parte.- INVESTIGACIÓN

14.- INTRODUCCIÓN

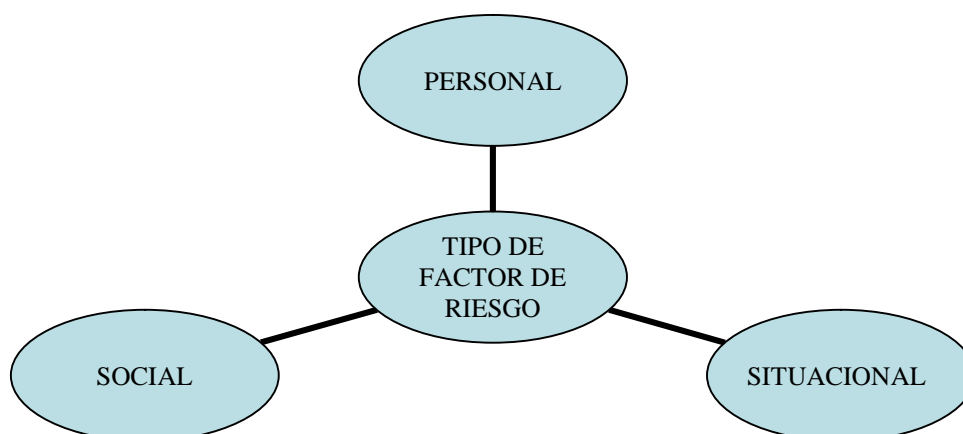
La segunda parte que ahora se inicia, tiene por objeto el desarrollo del trabajo de campo basado en la aplicación de cuestionarios a personas mayores, en dos bloques con contenidos diferentes: una primera parte que tiene que ver con el maltrato en el ámbito institucional y que ha requerido la actividad en Centros de Mayores y Residencias para la Tercera Edad; y otra segunda, de aplicación diversa con contenidos relacionados con el maltrato a nivel comunitario en aspectos como la accesibilidad y la participación.

En este momento, el interés se centra en el maltrato a las personas mayores en el ámbito institucional y tiene por objeto analizar este problema en personas cuya vida diaria se desenvuelve en el ámbito de una Institución (pública, privada, concertada) que es donde llevan a cabo la totalidad de sus actividades y tienen fijado su domicilio. Están atendidos por cuidadores profesionales y se encuentran sometidos a un régimen de internamiento con las condiciones propias de tal estado. Una gran mayoría sufren un nivel de dependencia variable cualitativa y cuantitativamente.

También pareció interesante estudiar el maltrato a las personas mayores en el ámbito comunitario. A pesar de que en este caso resulta indiferente el tipo de domicilio de las personas consultadas puesto que los dos campos que se abordan, accesibilidad y participación no tienen necesaria relación con el régimen de vida en la actualidad, los cuestionarios se han pasado mayoritariamente en el ámbito institucional.

Lo que se propone en esta investigación es buscar los factores de riesgo (personales, situacionales o sociales) que, en los diversos ámbitos, han de servir de fundamento para generar las conclusiones. El planteamiento de esta investigación permite establecer el objetivo general del mismo como:

Localizar factores de riesgo **personales, situacionales y sociales** relacionados con el maltrato a las personas mayores en los **ámbitos institucional y comunitario**, generando propuestas de prevención e intervención para eliminar este tipo de maltrato por lo menos minimizar sus efectos sobre la población de mayores.



Para ello es preciso:

Definir, tipificar, clasificar y describir las situaciones de maltrato a personas mayores de 65 años en los ámbitos institucional y comunitario.

15.1.- Detectar la relación entre los factores de riesgo de maltrato de **carácter personal**, con la edad, el sexo, el estado de salud, de dependencia, la motivación o el optimismo.

15.2.- Identificar la existencia de factores de riesgo de maltrato de **índole situacional**, dependiendo del lugar de residencia y de las personas que conforman el marco convivencial con la persona mayor para dar cobertura a sus necesidades tanto físicas como psicológicas.

15.3.- Descubrir las modalidades de acción u omisión que pueden suponer factor de riesgo de maltrato y tienen como agente la **sociedad civil**, fundamentalmente en relación con problemas de **accesibilidad o participación**.

A partir del resultado del estudio de todos los aspectos que acabamos de enunciar, sería posible determinar

15.4.- **Aspectos preventivos** de las situaciones de maltrato a las personas mayores en los diferentes ámbitos de estudio, al objeto de poder implementar, en su caso, medidas, iniciativas y programas de ayuda.

15.5.- Detectar, descubrir y sintetizar aspectos que tienen que ver con **la protección** de las personas mayores frente a situaciones de maltrato.

A partir de estos objetivos se plantean **las siguientes hipótesis**:

1.- La edad, el sexo el estado de salud y el de dependencia de los mayores se relacionan con la percepción de maltrato (o sentimiento de bienestar) en este grupo de personas.

2.- La motivación y el optimismo pueden ser factores de protección ante una percepción de maltrato.

3.- El hecho de estar institucionalizado no tiene por qué influir en la percepción de maltrato entre los mayores.

4.- La relación entre la institucionalización y las características personales de los mayores interaccionan para la percepción del maltrato entre estos.

A partir de la información obtenida en la revisión teórica de la primera parte de esta tesis se tomó la decisión de utilizar unos cuestionarios para la obtención de la información que nos interesaba entre la población de estudio. Es cierto que los cuestionarios no van a permitir obtener una visión objetiva del problema, sino más bien el fruto de las percepciones subjetivas relacionadas con el sentimiento de bienestar de los encuestados. Sobre la base del planteamiento del trabajo, se han utilizado los siguientes cuestionarios:

Para el maltrato en el ámbito institucional se utilizó el Índice de Sospecha de abuso de personas mayores (Elder abuse suspicion Index (EASI), Yaffe, Wolfson C, Lithwick M, D. Weiss (2008). Se trata de un cuestionario que pretende mejorar la identificación médica del maltrato a ancianos.

El contenido de la propuesta viene a resultar:

MÓDULO A) Aspectos sociológicos.

MÓDULO B) Bienestar personal.

MÓDULO C) Maltrato.

MÓDULO D) Grado de dependencia.

MÓDULO H) Dependencia económica.

A partir de estos bloques informativos se han seleccionado y adaptado ítems cuya finalidad era redactar una base de cuestiones asequible a la interpretación de las personas a quienes los cuestionarios van destinados, de tal manera que, de su cumplimentación derive la obtención de la información pertinente sobre los extremos que nos interesan, quedando finalmente los cuestionarios organizados del modo que se explicita en el anexo.

En el caso del maltrato en el ámbito comunitario no se encontró ningún instrumento que se adaptara a los objetivos propuestos por lo que, a partir de la adaptación del EASI y otros documentos, se elaboró un cuestionario ‘ad hoc’ (ver anexos II y III) compuesto por tres módulos con las siguientes características:

MÓDULO A) Aspectos sociológicos.

MÓDULO L) Participación.

MÓDULO M) Accesibilidad Universal

15.- MUESTRA

La presente tesis se elabora en ámbitos y a partir de muestras de dos Comunidades Autónomas de España: Castilla La Mancha y Comunidad Valenciana.

Los cuestionarios fueron aplicados en dos poblaciones, a saber: Albacete, mayor ciudad de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, sede del Centro de Investigación Criminológica, capital de provincia y ciudad de 172.174 habitantes de los que 87.630 (50,89%, mujeres) y 84.544 (49,10%, hombres) en 2012; y Torrent, mayor población de la provincia de Valencia (ver anexo) a excepción de la capital, con 81.402 habitantes, (47'2% en relación con Albacete), donde 40.661, (46,4%) son mujeres y 40.741, (48,1%) son hombres.

Figura 48.- Cuestionarios aplicados por localidades

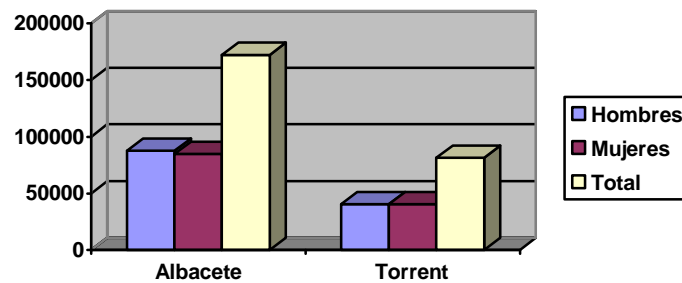


Figura 49.- Gráfico de población por franjas de edad en Albacete

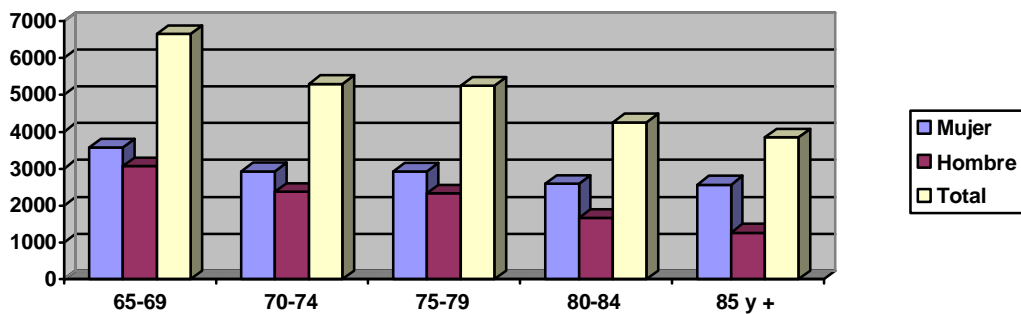
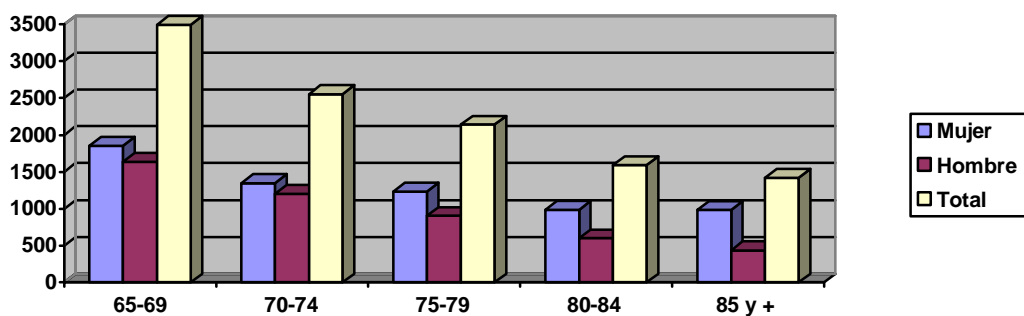


Figura 50.- Gráfico de población por franjas de edad en Torrent



Las tablas y gráficos anteriores, referidos a las dos poblaciones en las que se ha desarrollado el estudio, nos muestran con suficiente claridad una evolución paralela del envejecimiento en ambas, proporcional al número total de habitantes, con características como: a) en todas las franjas es superior el número de mujeres al de hombres; b) de los 65 a los 75 años se produce una mortalidad más equiparable, siendo en la franja 75 - 79 cuando se evidencia una superior mortalidad masculina, que se intensifica en la franja 80 - 84; c) a partir de los 85 años, la mortalidad masculina ha venido a duplicar a la femenina en ambas muestras.

El trabajo de campo se llevó a cabo –como se explica en otro lugar de este documento- en las comunidades autónomas de Castilla La Mancha y Valencia y, dentro de ellas, en las localidades de Albacete y Torrent (Valencia) basándose en la cumplimentación de sendos cuestionarios: uno para el ámbito institucional y otro para el ámbito comunitario. (Anexos I, II y III).

Tabla nº 18.- Centros de aplicación del cuestionario. Ámbito institucional

Nº	Comunidad Autónoma	Centro	Titularidad	Aplicados	Porcentaje	Total C. Autónoma
1	Castilla-La Mancha (Albacete)	Los Álamos	Concierto	20	9,4	125
2		Alábega	Pública	21	9,9	
3		Alcabala	Pública	21	9,9	
4		Asilo	Privada sin	21	9,9	
5		Santa Teresa	Concierto	14	8,0	
		Santa Teresa	Privada	3		
6		Vital Parque	Concierto	20	9,4	
7		S Vicente Paúl	Pública	5	2,4	
8	Comunidad Valenciana (Torrent)	Bonestar	Privada	18	8,5	87
9		San Juan Bosco	Privada	16	7,5	
10		Elmás	Privada	15	7,1	
11		Marcha d'ella	Pública	18	8,5	
12		Santa Elena	Concierto	20	9,4	
TOTAL				212	100,0	212

Los cuestionarios relativos al ámbito institucional se pasaron en Residencias de Mayores elegidas al azar en ambas localidades con un proyecto inicial de 150 cuestionarios para Albacete y 90 para Torrent, de acuerdo con la población total de ambas localidades respectivamente y afectando a los centros que se indica, con un total global de 212 cuestionarios cumplimentados.

Para el ámbito comunitario se proyectó la cumplimentación de 100 cuestionarios para la ciudad de Albacete y 80 para la ciudad de Torrent, visitándose en este caso, algunos centros sociales no residenciales en atención a la singularidad del contenido de las cuestiones, no circunscritas al ámbito institucional (arquitectura del edificio, existencia de rampas, ascensores, participación, etc.), quedando seleccionados los centros que se indican con un total global de 155 cuestionarios resueltos.

Tabla nº 19.- Centros de aplicación del cuestionario. Ámbito comunitario

Comunidad Autónoma	Nº	Institución	Titularidad	Cuestionarios aplicados	Total en la C. Autónoma
Castilla-La Mancha (Albacete)	1	Hellín.C. Social	Pública	21	85
	2	Los Álamos	Concierto	20	
	3	Vital Parque	Concierto	20	
	4	Asilo San Antón	Privada	20	
	7	San Vicente Paúl	Concierto	4	
Comunidad Valenciana (Torrent)	8	Bonestar	Pública	20	70
	10	P.Bautista	Pública	10	
	11	Marcha d'ella	Pública	20	
	12	Santa Elena	Concierto	20	
TOTAL NÚMERO DE CUESTIONARIOS					155

En el orden práctico de cara a la cumplimentación de los cuestionarios por parte de las personas mayores, el primer paso fue la entrevista con la dirección de los centros elegidos y visitados, dando a conocer la finalidad y el contenido del proyecto.

El personal del centro se ha encargado de la coordinación del trabajo a partir del departamento de trabajo social de cada uno. La colaboración de este tipo de personal ha resultado determinante por las razones que se exponen a continuación:

1.- Se detectó al inicio del proceso la gran reticencia por parte de las personas mayores a responder las preguntas del cuestionario a persona desconocida, como era el caso, resolviéndose de mutuo acuerdo, como solución más viable que los mismos asistentes sociales irían desarrollando el proceso.

2.- La extensión del cuestionario requería la utilización de un tiempo excesivo para requerir la atención de los encuestados, inmersos en otro tipo de actividades. Con la solución adoptada, los propios asistentes sociales acomodaban los espacios temporales a las conveniencias organizativas.

3.- La relativa dificultad del cuestionario le hacía, a veces, insubsanable para algunas de las personas elegidas que, en ocasiones tenían dificultades de comprensión y cumplimentación, lo que quedó perfectamente subsanado con la modalidad elegida.

Por término medio, el tiempo empleado en contestar fue de dos horas en el ámbito institucional y de una hora y media en los cuestionarios del ámbito comunitario.

Por las mismas razones expuestas, la modalidad elegida fue la de la entrevista directa con los encuestados con algún caso aislado en el que la propia persona mayor requería cumplimentar personalmente algunos apartados del cuestionario al considerarse capacitada para ello.

16.- ÁMBITO INSTITUCIONAL.

Se procede seguidamente a la descripción y el análisis de los resultados de los cuestionarios que se han cumplimentado, dividido en cinco módulos con los siguientes contenidos:

16.1.- Muestreo y muestra resultante

Al analizar los cuestionarios, se encontró una muestra de 212 cuestionarios, de los que 211 resultan válidos y 1 caso perdido, que no será tenido en cuenta en los cálculos.

La media de **edad** fue de 80,5 años, con una desviación típica de 7,8 (Moda = 82; mín = 54; máx = 97).

Con respecto **al sexo**, se constata una clara superioridad en el número de mujeres que han respondido a los cuestionarios para todos los grupos de edad (62,6% de la muestra), resultado esperado dada la mayor esperanza de vida de las mujeres, no encontrándose diferencias significativas entre estas, el sexo y la edad ($X^2 = 2,00$; g.l. = 4; n.s.).

El estado civil de los encuestados se dividía entre 26 (12'3%) de solteros, 44 (20'9%) de casados, 125 (59'2%) viudos, 13 (6'2%) separados y 3 (1'4%) de divorciados. Tampoco se encontró una relación significativa entre esta variable y el sexo de los entrevistados ($X^2 = 9'146$; g.l. = 4; $p = 0'058$).

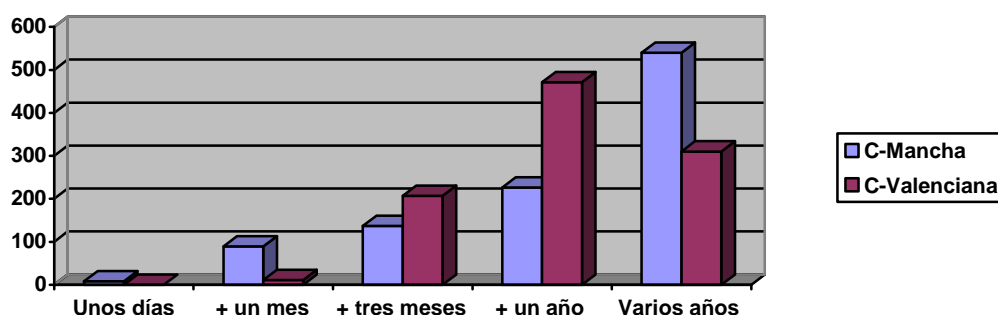
De la muestra, 55 sujetos (26'1%) no tenían hijos. La media del **número de hijos** del resto de los mayores fue de 3,54 con una desviación típica de 1,38 (Moda 4; mín = 1; máx = 9). La relación entre el número de hijos y el sexo de los mayores no resultó significativa ($X^2 = 11,151$; g.l. = 8; n.s.).

Al preguntar a los mayores sobre el tiempo que llevaban residiendo en el centro se comprobó que 1 sujeto (0,5%) llevaba sólo unos días, 12 (5,7%) llevaba más de un mes, 35 (16,6%) lleva más de tres meses, 69 (32,7%) más de un año y 94 (44,5%) varios años. Estos datos ponen de manifiesto que el 77,2% de los sujetos tienen más de un año de **permanencia en el Centro**, siendo la moda de esta distribución la categoría "Varios años", registrándose una evolución similar entre ambos sexos.

El 75% de las personas mayores institucionalizadas y consultadas **tiene hijos** (entre tres y cuatro) y un 25% carecen de descendencia.

Los datos que nos indican la **permanencia en el Centro** tienden a elevarse de manera progresiva y continua, desde quienes terminan de ingresar hasta los que llevan institucionalizados más de cuatro años, registrándose una evolución similar entre ambos sexos. Por comunidades autónomas, tenemos:

Figura 51.- Permanencia en el Centro por CC. AA.



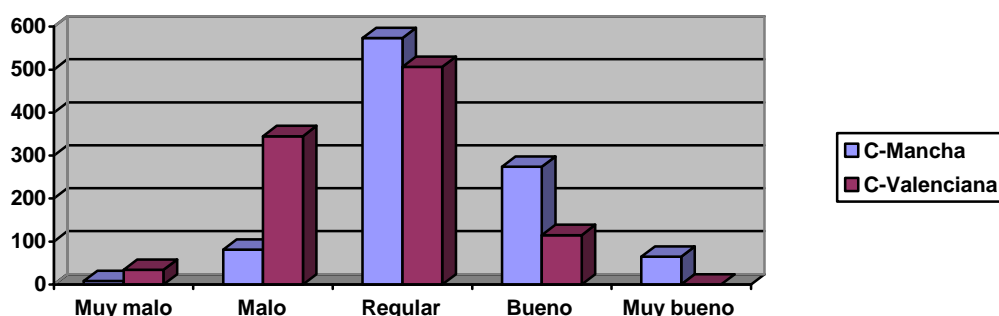
Dados todos estos resultados se puede concluir que el grupo de mujeres no difiere significativamente del de los hombres en sus características sociológicas. Podemos decir que los hombres y mujeres institucionalizados forman parte de una sola muestra.

16.2.- Percepción del estado de salud

El estado de salud de las personas mayores está relacionado con las posibilidades de desarrollo y participación en la sociedad de las mismas y es determinante en el estado de bienestar de las personas consultadas,. De ahí que se les preguntara su opinión sobre su salud.

La percepción que tienen los mayores institucionalizados acerca de su estado de salud oscila entre el regular y el muy bueno que cubren hasta un 78% del total, con un 22% que lo consideran malo o muy malo, no existiendo grandes diferencias en la consideración según el sexo de los consultados ($X^2 = 1,11$; g.l. = 4; n.s.), si bien los varones aparecen con mayor tendencia al pesimismo. Hay que tener en cuenta, en el resultado de esta cuestión, el sesgo que supone la existencia de la respuesta “Regular” con un 54,5%.

Figura 52.- Percepción de estado de salud por CC.AA.



Mientras la consideración de “Muy malo” y “Malo” alcanzan en la C-Valenciana un volumen de 3,4% y 34,5% respectivamente, en C-Mancha las cifras por los mismos conceptos son de 0,8% y 3,4%, lo que supone una relación de 4,25 a 1. Estas cifras cambian en sentido en los bloques referidos a “Regular”, “Bueno” y “Muy bueno”

16.3.- Bienestar personal

Se abordan en este módulo algunas cuestiones que hacen referencia al nivel de bienestar personal con que se manifiestan nuestros encuestados. Y ello, antes de acercarse a los planteamientos directamente relacionados con algunas formas de maltrato. Este módulo se compone de tres apartados: El primero es una valoración genérica del estado de bienestar emocional; el segundo consiste en una descripción personal de sí mismo; por último, el tercer apartado busca constatar la percepción del/la consultado/a acerca de cuántas personas de diversos ámbitos pueden ayudarle en un momento determinado.

B-1) Percepción del bienestar.

En el primer apartado, se presentan al encuestado una serie de hasta siete siluetas de caras que expresan desde la mayor tristeza a la mayor alegría, de tal modo que el interpelado se identifica con la silueta que más se asemeja al estado en el que él mismo se considera.

De los resultados destaca el volumen de personas que declara hallarse alegre, muy alegre o extremadamente alegre con un total que se aproxima al 40% (39,4).

Mientras que aquellos que se declaran extremadamente tristes, muy tristes o tristes rondan el 30% (30,8), porcentaje muy similar al de aquellos que dicen sentirse normal (29,9%). Si consideramos la opción “Normal” como una percepción positiva de bienestar, podemos decir que casi el 70% (69,3) de la muestra tiene una percepción positiva de bienestar. En este caso la percepción de bienestar tampoco se relaciona significativamente con el sexo ($X^2 = 3,297$; g.l. = 6; n.s.).

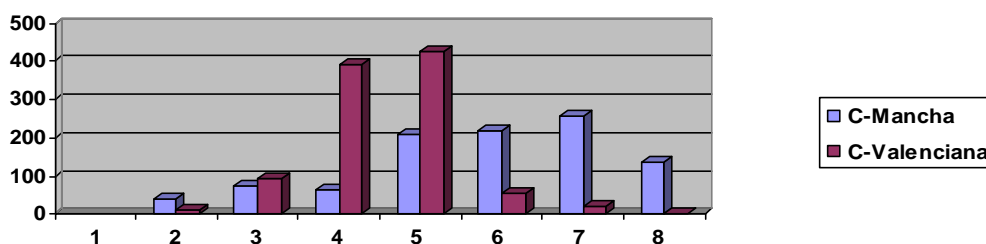
Como se ha dicho anteriormente, el estado de salud es relevante para una percepción de bienestar personal positiva. Por ello se analizó la relación entre estas variables por medio de una tabla de contingencia y el cálculo de X^2 . Se recodificaron ambas variables para evitar la existencia de casillas con frecuencias esperadas menores que 5 en el cálculo de X^2 : Bienestar personal (de 7 caras a 3 categorías: Triste, Normal, Alegre); Estado de Salud (5 categorías a 3 categorías: muy malo y malo, regular, bueno y muy bueno). El resultado puede verse en la siguiente tabla, en la que se pone de manifiesto la existencia de una relación significativa entre ambas variables ($X^2 = 29,104$; g.l. = 4 p = 0,000).

Tabla 20.- Tabla de contingencia estado de salud y percepción de bienestar

Estado de salud	Bienestar (N %)			Total
	Triste (1-2)	Normal (3-5)	Alegre (6-7)	
Malo y muy malo	20 (30,8)	21 (33,3)	3 (3,6)	44 (20,9)
Regular	34 (52,3)	32 (50,8)	49 (59,0)	115 (54,5)
Bueno y muy bueno	11 (16,9)	10 (15,9)	31 (37,3)	52 (24,6)
Total	65 (30,8)	63 (29,9)	83 (39,3)	211 (100)

En la figura siguiente se presentan los datos por Comunidad Autónoma y se observa que, tal como ocurría en las respuestas a la percepción del estado de salud, hay un volumen superior de respuestas positivas en CLM, donde entre “Normal” (21,0%), “Alegre” (21,8%), “Muy alegre”(25,8%), “Extremadamente alegre” (13,7%) se produce un total del 82,3% frente a un residual del 17,7% para “Extremadamente triste” (4,0%), “Muy triste” (7,3%), “Triste” (6,5%).

Figura 53.- Percepción del estado de bienestar por CC.AA.



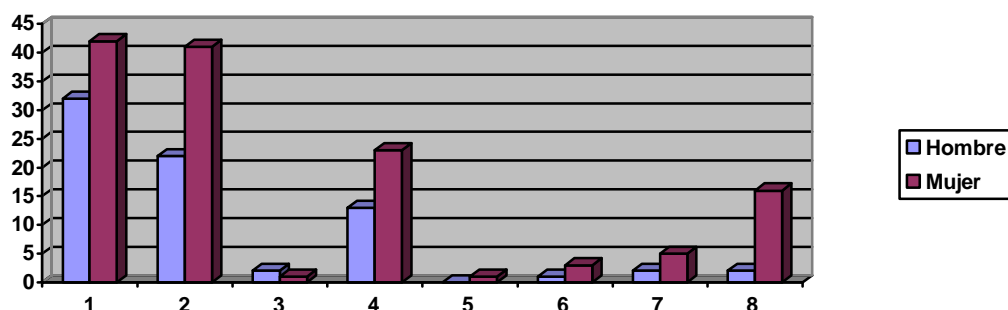
Las barras de los números 4 y 5, correspondientes respectivamente a “Triste” (39,1%) y “Normal” (42,5%) suponen la mayor parte de las respuestas con el 81,6%, más unos restos de (1,1%) y (9,2%) igual a 10,3% en la parte negativa y otros de (5,7%) y (2,3%) con total de 8,0% en la parte positiva.

B-2).- Acontecimientos significativos vividos recientemente.

Continuando este bloque, se plantean hasta ocho posibles acontecimientos que hayan acaecido en la vida del encuestado y que le hayan impactado fuertemente. Así:

ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES VIVIDOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			
1	Ninguno	2	Fallecimiento de próximos
3	Divorcio (propio o en la familia)	4	Deterioro físico sujeto/compañero
5	Cambio situación financiera	6	Hijos/nietos se trasladan/marchan
7	Traslado de casa de hijo/ familiar	8	Otros

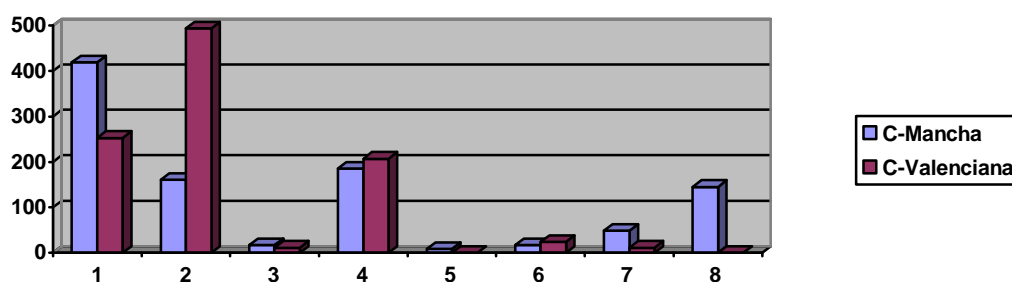
Figura 54.- Acontecimientos importantes vividos según el sexo



Un 35% **no ha experimentado** acontecimientos de relevancia y del 65% restante destaca el impacto del fallecimiento de alguien próximo, con un 30% y el deterioro físico propio o de quien le acompaña, con un 19,3%.

Hay que destacar la escasa relevancia que tienen para estas personas mayores, acontecimientos como el divorcio de cualquier allegado, la situación financiera o el traslado de familiares, destacándose la mayor frecuencia de acontecimientos que impactan en mujeres sobre el caso de los hombres.

Figura 55.- Acontecimientos importantes vividos por CC. AA.



Destacan en ambas, las causas relacionadas con el “Fallecimiento de próximos” y el “Deterioro físico propio o del/la compañero/a” y la escasa relevancia de las demás.

B-3).- Autoevaluación emocional. Estado en que se encuentra.

El segundo apartado del cuestionario de bienestar personal contiene hasta diez ítems para responder en términos de frecuencia o habitualidad en aspectos que suponen una cierta autoevaluación emocional.

Tabla nº 21.- Autoevaluación emocional en porcentajes

	ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA	Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca
A	Estoy contento	18,9	19,3	40,6	20,8
B	Soy feliz	20,8	16,5	36,8	25,5
C	Me todo las cosas muy en serio (a pecho)	23,1	26,9	37,7	11,3
D	Me siento seguro	28,3	13,7	33,5	24,1
E	Intento evitar hacer frente a... dificultades	27,8	14,6	31,6	25,0
F	Desearía ser tan feliz como otros...	18,9	24,5	28,8	26,9
G	Pensamientos no importantes le rondan	18,4	25,5	32,1	23,6
H	Decepciones no puede sacar de la mente	19,3	17,9	33,5	28,8
I	Preocupan cosas no realmente importantes	18,4	21,7	26,4	32,5
J	Sensación de peligro o miedo sin razón	14,6	14,6	26,9	42,9

La frecuencia inferior de la tabla se registra cuando se pregunta al mayor si, según C, se toma las cosas muy a pecho o muy en serio y sólo un 11,3% manifiesta que le ocurre casi nunca, de lo que deriva que casi un 90% se toma la vida con excesiva seriedad, lo que puede ser origen de disminución del bienestar.

Desde la F a la J se registran los porcentajes más bajos en los que prevalece la respuesta “Casi siempre” indicando menor relevancia a otros aspectos en los que se produce la mayor incidencia en la respuesta “Casi nunca”.

En línea de positiva percepción del bienestar de ítems anteriores, los resultados a estas consultas revisten más aspectos favorables que negativos y así, menos de un 20% considera que está contento “casi nunca”, mientras que el otro 80% está contento casi siempre, con frecuencia o a veces, registrándose resultados muy similares ante la cuestión “Soy feliz”.

En todos los casos, el X^2 resultó dentro del margen exigido lo que indica una relación significativa entre el estado de salud y el bienestar percibido en este grupo.

Las diez cuestiones planteadas tienen diversos contenidos que vamos a agrupar teniendo en cuenta el carácter más o menos positivo de su enunciado, y así, en un **primer bloque**, agrupamos las tres siguientes, como nº 1:

- A) Estoy contento.
- B) Soy feliz.
- D) Me siento seguro.

Se trata de tres variables que expresan aspectos positivos del bienestar.

El **segundo bloque (nº 2)** está compuesto por dos variables que expresan una situación personal posiblemente generadora de desasosiego e incomodidad, evitación:

- C) Me tomo las cosas muy en serio (muy a pecho).
- E) Intento hacer frente a las adversidades evitando las dificultades.

El **conjunto nº 3** recoge otras tantas variables de contenido claramente negativo desde el punto de vista del bienestar de la persona encuestada por cuanto expresan estados que pueden asociarse con sufrimiento o miedos:

- F) Desearía ser tan feliz como otras personas que parecen serlo.
- G) Pensamientos no importantes rondan por su cabeza y le incomodan.
- J) Sensación de peligro o miedo sin razón.

En el bloque nº 4 se contemplan las cuestiones:

- H) Tiene a menudo decepciones que no puede sacar de la mente.
- I) Le preocupan cosas que realmente no son importantes.

Realmente, se trata de dos variables con contenidos que suponen desasosiego y resultan claramente negativos desde el punto de vista del bienestar.

Carecen de significación estadística.

Tabla 22.- Relación estado de salud y cuestiones sobre estado emocional

Cuestiones	Chi-cuadrado	G1	Sig.
B-3-A.- Estoy contento	21,900	6	,001
B-3-B.- Soy feliz	43,767	6	,000
B-3-D.- Me siento seguro	38,443	6	,000
B-3-C.- Me tomo en serio	28,988	6	,000
B-3-E.- Intento evitar...	17,625	6	.007
B-3-F.- Desearía ser tan feliz	17,404	6	.028
B-3-G.- Rondan pensamientos	27,589	6	,000
B-3-J.- Miedo sin razón	29,879	6	.000
B-3-H.- Tiene decepciones	6,088	6	,413NS
B-3-I.- Preocupaciones	10,872	6	.092NS

A la vista de la tabla anterior, centrando nuestra atención en el primero de los bloques, podemos establecer que existe una relación significativa entre el estado de salud y las tres variables, en la dirección de que a mejor estado de salud los mayores están contentos, son felices y se sienten seguros. En el caso del segundo bloque se ha encontrado que también existe una relación significativa entre las variables y el estado de salud pero, si se analizan las casillas de la tabla de contingencia se comprueba que en el caso de “Me tomo en serio...” la relación tiene un carácter negativo; esto es, cuanto peor es el estado de salud, más se preocupa el entrevistado; sin embargo la relación es la contraria ante la evitación. Respecto al tercer bloque de preguntas, la relación que aparece indica que cuanto mejor es el estado de salud de los encuestados, menos importancia le dan a la felicidad que puedan tener otros, no tienen pensamientos obsesivos (rumiativos), ni miedos irracionales. En el caso del último grupo de preguntas no se dan diferencias significativas lo que indica que las frecuencias de respuesta de los diferentes niveles del estado de salud a estas preguntas se distribuyen homogéneamente entre las posibles respuestas.

Con arreglo a estos datos, queda evidente que un mejor estado de salud se traduce en un estado emocional positivo y viceversa.

Tabla 23.- Relación entre bienestar y cuestiones sobre estado emocional

Cuestiones	Chi-cuadrado	Gf	Sig.
B-3-A.- Estoy contento	52,225	6	,000
B-3-B.- Soy feliz	6,017	6	,000
B-3-D.- Me siento seguro	34,084	6	,000
B-3-C.- Me tomo en serio	24,337	6	,000
B-3-E.- Intento evitar...	20,270	6	.002
B-3-F.- Desearía ser tan feliz	33,282	6	.000
B-3-G.- Rondan pensamientos	35,301	6	,000
B-3-J.- Miedo sin razón	33,681	6	.000
B-3-H.- Tiene decepciones	28,951	6	,000
B-3-I.- Preocupaciones	26,377	6	.000

De acuerdo con el contenido de esta segunda tabla, en la que se expresan las relaciones entre el estado de Bienestar y el Estado Emocional, se constata que existe relación directa. Como queda expresado, en el cuestionario sobre el que trabajamos se presentaban una serie de siluetas de las que se obtenían las respuestas a la percepción del bienestar (triste, normal, alegre).

Existe una relación significativa entre el estado de bienestar percibido y el estado emocional en este grupo en todas variables de la tabla, de tal modo que aquellos mayores que manifiestan estar contentos, ser felices, sentirse seguros, etc., son los que con mayor frecuencia se manifiestan alegres y viceversa.

No se encontró ninguna diferencia significativa entre hombres y mujeres, lo que indica que las emociones positivas y negativas se dan por igual en ambos sexos, como queda explícito en los datos de la tabla siguiente.

Tabla 24.- Relación entre edad y cuestiones sobre estado emocional

Cuestiones	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
B-3-A.- Estoy contento	15,168	12	,232
B-3-B.- Soy feliz	20,693	12	,024
B-3-D.- Me siento seguro	12,701	12	,391
B-3-C.- Me tomo en serio	21,854	12	,039
B-3-E.- Intento evitar...	7,951	12	,789
B-3-F.- Desearía ser tan feliz	9,809	12	,633
B-3-G.- Rondan pensamientos	10,533	12	,569
B-3-J.- Miedo sin razón	9,229	12	,683
B-3-H.- Tiene decepciones	22,982	12	,028
B-3-I.- Preocupaciones	21,830	12	.039

Y sí que resulta evidente la relación del estado emocional con las Comunidades Autónomas estudiadas.

Tabla 25.- Relación Comunidad Autónoma y cuestiones de estado emocional

Cuestiones	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
B-3-A.- Estoy contento	43,874	3	,000
B-3-B.- Soy feliz	57,776	3	,000
B-3-D.- Me siento seguro	78,314	3	,000
B-3-C.- Me tomo en serio	49,145	3	,000
B-3-E.- Intento evitar...	55,352	3	.000
B-3-F.- Desearía ser tan feliz	26,414	3	.000
B-3-G.- Rondan pensamientos	41,766	3	,000
B-3-J.- Miedo sin razón	42,086	3	.000
B-3-H.- Tiene decepciones	52,035	3	,000
B-3-I.- Preocupaciones	69,508	3	.000

Como queda dicho, existe una relación significativa entre la Comunidad Autónoma de estudio y el estado emocional en este grupo.

Se aprecian importantes diferencias según el origen de las respuestas, de modo que en Castilla La Mancha viene a darse una equivalencia entre la frecuencia (54,9%) o infrecuencia (45,2%) de este estado de ánimo, mientras que en la Comunidad Valenciana el hecho de estar contento es menos frecuente (14,9%) que su contrario (85,1%). Algo similar ocurre cuando la cuestiones que conforman el resto de la tabla.

B-4.- Personas que prestan estímulo, ayuda o apoyo.

El cuarto apartado del bloque tiene por objeto de consulta detectar el número de personas que suelen estar disponibles para acompañar al anciano en momentos en los que son necesitadas por ellos en diversos instantes de la vida.

No existen frecuencias muy significativas y sí gran diversidad tanto en el número como en el grupo humano. Sobre un 58,78%, como media de los consultados manifiestan no tener a ninguna persona con quien contar ante una necesidad de estímulo, ayuda o apoyo, salvo en la familia cercana cuyo porcentaje se al 24,5% (a pesar de que casi un 22% dice no recibir nunca o muy raramente visitas) –ver TABLA.

Se distingue como carencia de expectativa al apoyo de los vecinos, que en un 84,0% no son tenidos en cuenta como personas de apoyo. En cambio, destaca el 32,1% de las personas que confían en un profesional (doctor, sacerdote, notario u otros), con otro 23,1% que lo hacen en diferentes profesionales. En todo caso, el 78,5% de los hombres no cuenta con ningún apoyo, dato que en las mujeres se reduce al 66,7%.

Tabla 26.- Personas que prestan apoyo

Número de personas de apoyo	Familia cercana		Familia lejana		Amigos y conocidos		Vecinos		Profesiones	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguno	52	24,5	150	70,8	149	70,3	178	84,0	94	44,3
Uno	71	33,5	15	7,1	14	6,6	6	2,8	68	32,1
Dos	24	11,3	17	8,0	13	6,1	9	4,2	14	6,6
Tres	16	7,5	10	4,7	17	8,0	8	3,8	11	5,2
Cuatro	15	2,8	10	4,7	6	2,8	2	0,9	6	2,8
Cinco	6	4,7	4	1,9	5	2,4	3	1,4	6	2,8
Más de 5	28	15,7	6	2,4	8	3,7	6	2,8	13	6,2
TOTAL	212		212		212		212		212	

B-5.- Tiene cubiertas aquí sus necesidades físicas.

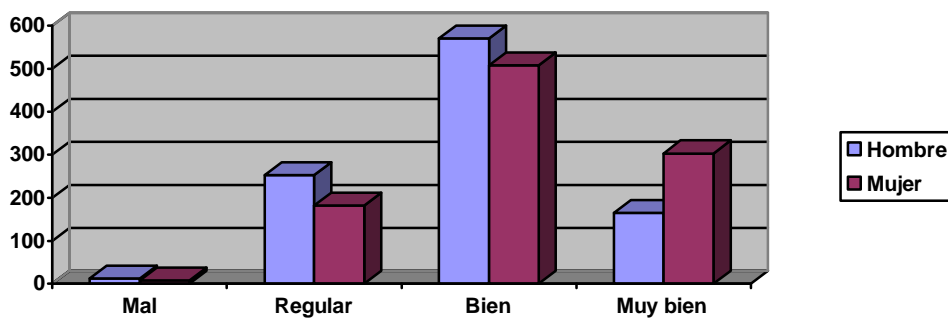
El hecho de que las necesidades de los residentes, tanto físicas como afectivas están cubiertas por los servicios que reciben en el Centro podría tener relación con la opinión de los mismos sobre su estado de salud y su percepción de bienestar.

Respecto a tener cubiertas sus necesidades físicas en la residencia, un porcentaje mínimo, inferior al 1% considera tener “Mal” cubiertas sus necesidades físicas y hasta un 21% las tiene “Regular”, mientras que más de un 72,2% se considera “Bien” o “Muy Bien” atendido desde este punto de vista, de lo que se deduce una situación satisfactoria general en este aspecto.

Tabla 27.- Tiene cubiertas sus necesidades físicas y afectivas

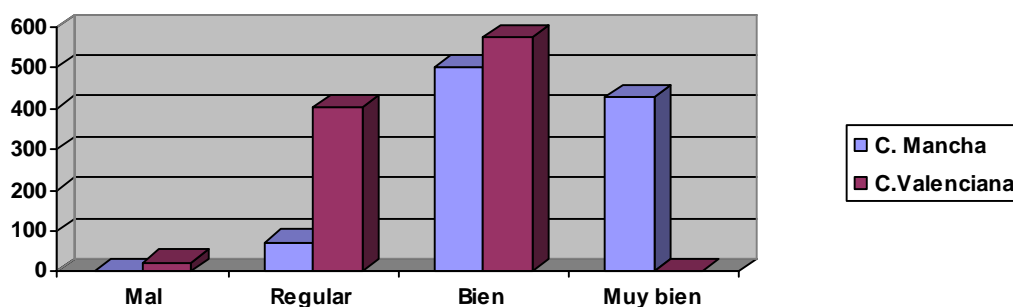
TIENE CUBIERTAS SUS NECESIDADES										
	M.Mal /Mal		Regular		Bien		M. Bien		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N. físicas	2	0,9	44	20,8	112	53,0	53	25,1	211	100,0
N. afectivas	30	14,2	70	33,1	80	37,9	31	14,7	211	100,0

Figura 56.- Relación entre “tiene cubiertas aquí sus necesidades físicas y sexo”



Por lo que respecta a las comunidades autónomas, existe bastante similitud en el porcentaje de quienes han elegido la respuesta “Bien” (50,0% a 57,5%) polarizándose las respuestas “Regular” (40,2% en C-Valenciana) y “Muy Bien” (42,7% en C-Mancha) además de otros restos menos apreciables. ($X^2 = 67,228$; $gl = 3$; $p = 0,000$)

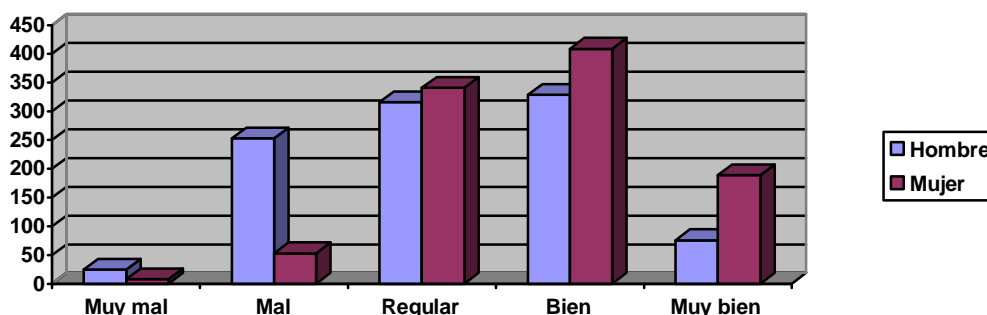
Figura 57.- Relación entre tener cubiertas las necesidades físicas y las CC.AA.



Cuando se pregunta por la satisfacción con sus necesidades afectivas (ver tabla anterior) se obtiene un resultado semejante al de la pregunta anterior, si bien, asciende hasta el 15,6% la suma de “Mal” y “Muy Mal”, por el alto volumen de respuestas por parte de los hombres.

B-6.- Tiene cubiertas aquí sus necesidades afectivas

Figura 58.- Relación entre tener cubiertas las necesidades afectivas y sexo



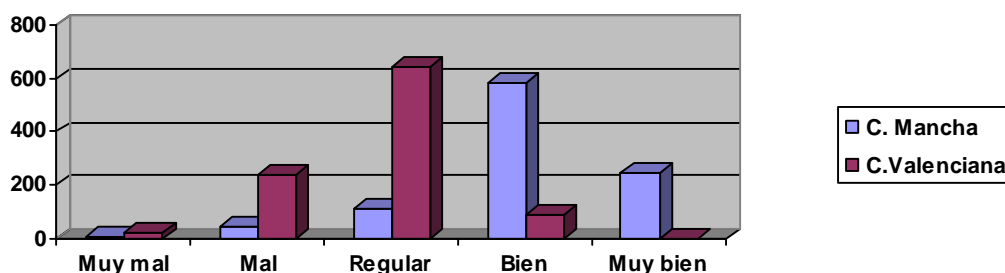
Por otra parte el sesgo que incorpora la respuesta “Regular”, hace reducirse la suma del “Bien” y “Muy Bien” hasta un 52,6% frente al 78,2% de la respuesta anterior.

Se trata de una cuestión en la que se aprecian las mayores diferencias en las respuestas entre hombres y mujeres, siendo éstas las que se expresan con mayor satisfacción en sus necesidades afectivas, tanto en las respuestas “Muy Mal” y “Mal”, con muy baja puntuación, como en las de “Bien” y “Muy bien” con una incidencia muy destacada frente a los hombres.

Por comunidades autónomas, la calificación “Muy mal”, “Mal” es superior en la C-Valenciana con un 26,4% (2,3% + 24,1%) sobre el 5,6% de C-Mancha (0,8%+ 4,8%).

Resultan los valores más significativos los de “Regular” y “Bien” cuya suma ofrece unos valores muy similares, entre 69,4% para C-Mancha y 73,6% para C-Valenciana, y un 25,0% “Muy bien” para C-Mancha.

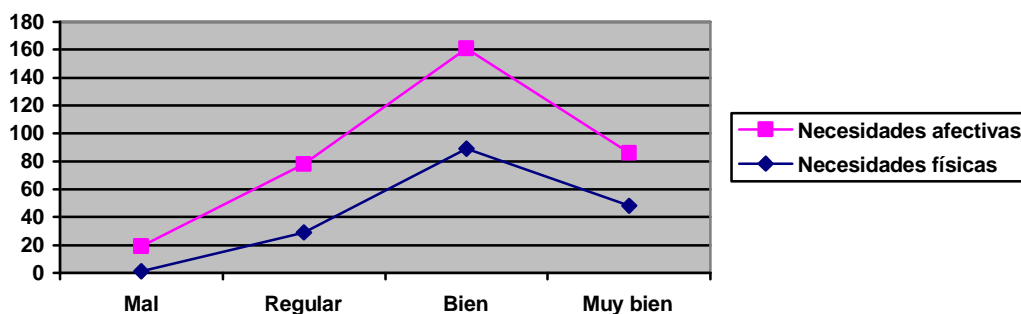
Figura 59.- Relación entre tener cubiertas las necesidades afectivas CC.AA.



La relación entre esta variable y el estado de salud percibido es significativa ($X^2 = 22,182$; $gl = 6$; $p = 0,001$) e indica que un mejor estado de salud supone una positiva percepción de sus necesidades afectivas y viceversa. También resultó significativa su relación con la percepción de bienestar ($X^2 = 41,159$; $gl = 6$; $p = 0,000$) de lo que se deduce un criterio similar al expresado para el estado de salud.

Desde una perspectiva comparativa en la **percepción de tener cubiertas las necesidades físicas y afectivas**, resulta la representación gráfica que sigue desde “Mal” a “Muy Bien” **para el estado de salud** apreciado.

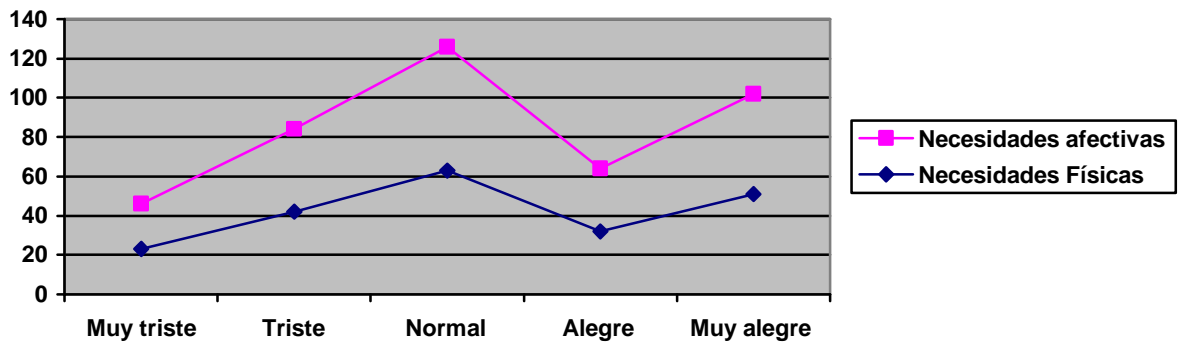
Figura 60.- Relación necesidades afectivas y físicas con estado de salud



La relación entre esta variable y el estado de salud percibido es significativa ($X^2 = 21,734$; $gl = 8$; $p = 0,005$) e indica que con un mejor estado de salud es más positiva la percepción de tener cubiertas las necesidades tanto físicas como afectivas.

También resultó significativa su relación con la percepción de bienestar ($X^2 = 68,020$; $gl = 8$; $p = 0,000$). Se observa la existencia de dos gráficas con similitud de forma que en ambos casos adquieren una mayor significación en el “Bien” y “Muy Bien”. Y en el caso de la percepción del bienestar, la perspectiva comparativa con la de tener cubiertas las necesidades físicas y afectivas son como sigue:

Figura 61.- Relación necesidades afectivas y físicas con bienestar



Representación gráfica en la que se evidencia que cuando la persona consultada se encuentra “Triste”, considera más positiva la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como afectivas.

En el siguiente apartado se toman en consideración un a serie de variables que tiene que ver con lo que hemos dado en llamar “el día a día en el Centro”, recogándose en el mismo una serie de aspectos diversos de la convivencia, que ahora se tratan.

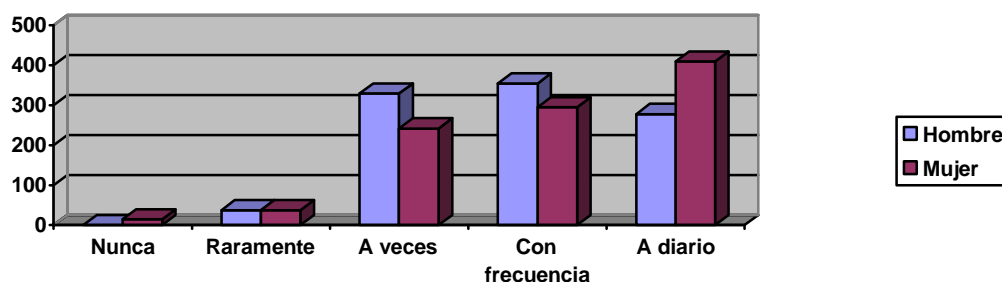
La primera haría referencia a cómo transcurre la vida diaria en la Institución, mientras que **la segunda** va a prestar atención a las relaciones con familiares, cuidadores y directivos del Centro.

Tabla 28.- El día a día en el Centro: intimidad / soledad

	Nunca		Raramente		Alguna vez		Frecuente		A diario		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Respeto a intimidad	2	0,9	8	3,8	58	27,4	67	31,7	76	35,8	211	100
Soledad-Aburrimiento	39	18,4	21	9,9	59	27,8	52	24,5	40	18,9	211	100

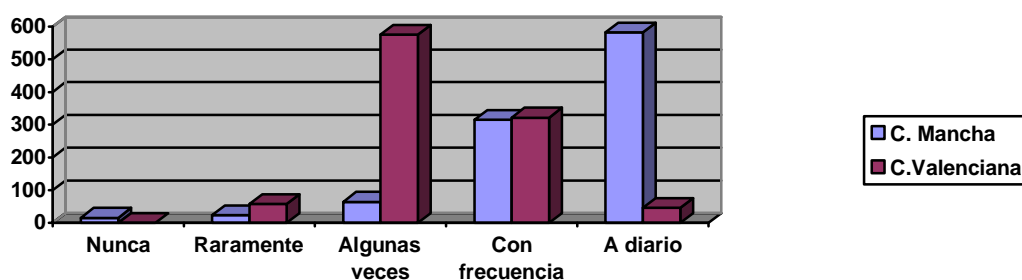
Para la cuestión sobre el respeto a la intimidad (B-7) se evidencia la conformidad con el respeto a la intimidad en ambos sexos, como se puede apreciar en la figura siguiente:

Figura 62.- Relación respeto a la intimidad según sexo



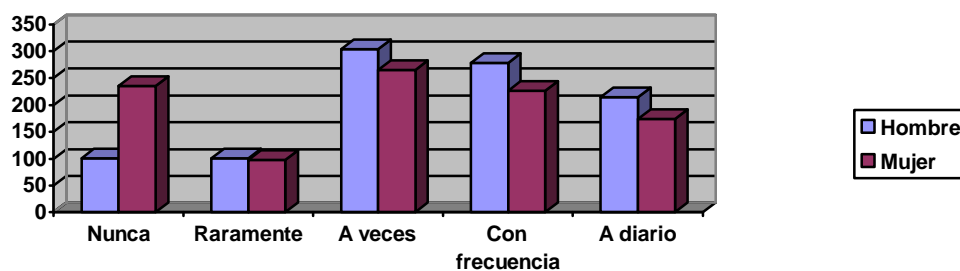
Por lo que se refiere a las comunidades autónomas, existe una marcada diferencia entre ellas como se pone de manifiesto con un 57,5% de “Algunas veces” para la C-Valenciana y un 58,1% de “A diario” para la C-Valenciana

Figura 63.- Relación respeto a la intimidad por CC.AA.



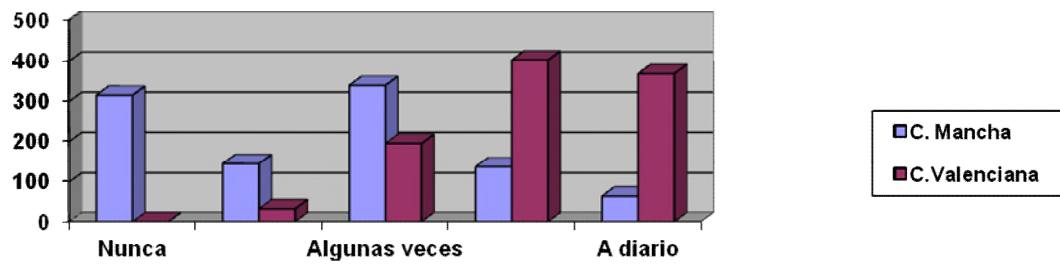
Respecto al sentimiento de **soledad o aburrimiento (B.8)** se registra una respuesta con escasa definición, en la que el “Nunca” y “Raramente” alcanzan hasta el 28,5% (más de uno por cada cuatro). “Frecuentemente” y “A diario” se elevan hasta un 43,6%, con la intermedia de “A veces” en el resto de las respuestas, evidenciándose claramente que los sentimientos de soledad y aburrimiento tienen mayor incidencia en el sexo masculino.

Figura 64.- Relación soledad o aburrimiento según sexo



Desde el punto de vista de las comunidades autónomas, se aprecia claramente que los interrogados de C-Mancha perciben menos soledad y aburrimiento, destacando en “Nunca”, “Raramente” y “Algunas veces” con un 79,9% mientras superan los porcentajes en “Algunas veces”, “Con frecuencia” “A diario” los de C-Valenciana con un 96,0%.

Figura 65.- Relación soledad o aburrimiento con CC.AA.



Las variables estado de salud y sentimientos de soledad y aburrimiento están relacionadas estadísticamente: ($X^2 = 29,715$; $gl = 8$; $p = 0,000$). Si el estado de salud es bueno, los sentimientos de soledad o aburrimiento son menos frecuentes que en la situación contraria.

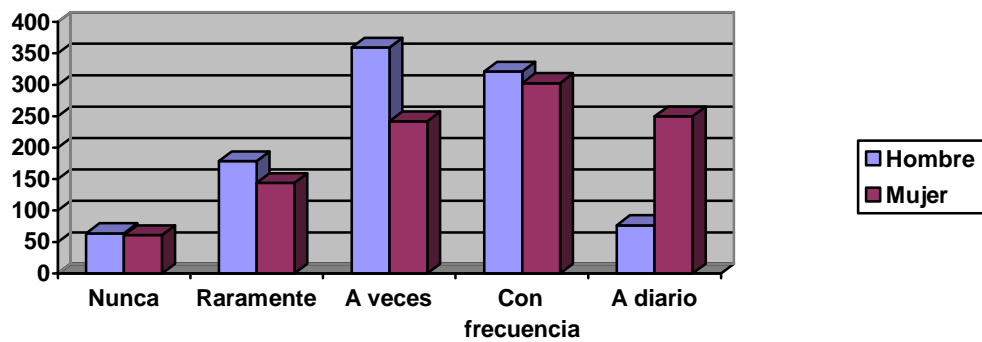
Lo mismo sucede con la relación entre esta variable y la percepción de bienestar ($X^2 = 45,432$; $gl = 8$; $p = 0,000$)

Tabla 29.- Mantiene relación con familiares / amigos

MANTIENE RELACIÓN CON SUS FAMILIARES Y AMIGOS												
	Nunca		Raramente		Alguna vez		Frecuente		A diario		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recibe visitas	13	6,2	33	15,7	60	28,3	65	30,7	39	18,4	211	100,0

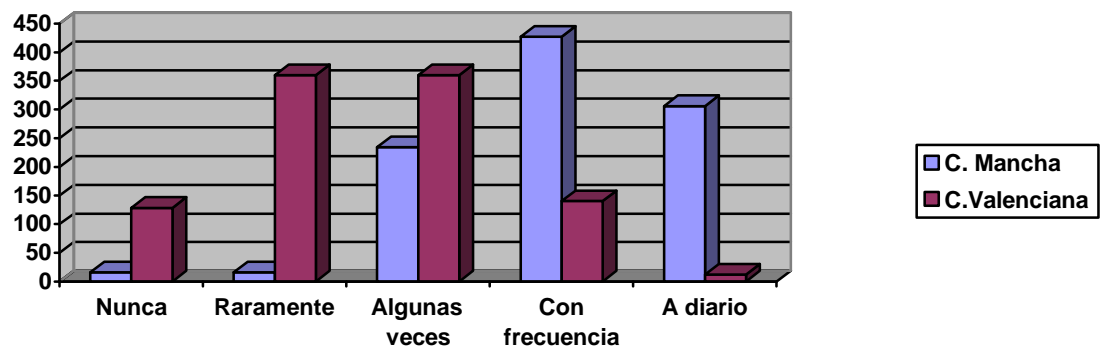
En el cuestionario hay otra cuestión que hace referencia a si “Mantiene relación y recibe aquí **visitas de sus familiares o amigos**”. (B.9) La recepción de visitas a diario y con frecuencias implican casi al 50% de la muestra. Y se constata que en el caso de recibir visitas a diario son más de tres veces superiores en mujeres que en hombres.

Figura 66.- Mantiene relación con familiares / amigos, según sexo



Tomando en consideración la comunidad autónoma de procedencia para la cumplimentación de esta cuestión, como se puede comprobar en el gráfico siguiente existe una relación significativa entre la **frecuencia de visitas** que se reciben y la CCAA de referencia.

Figura 67.- Mantiene relación con familiares / amigos por CC.AA.



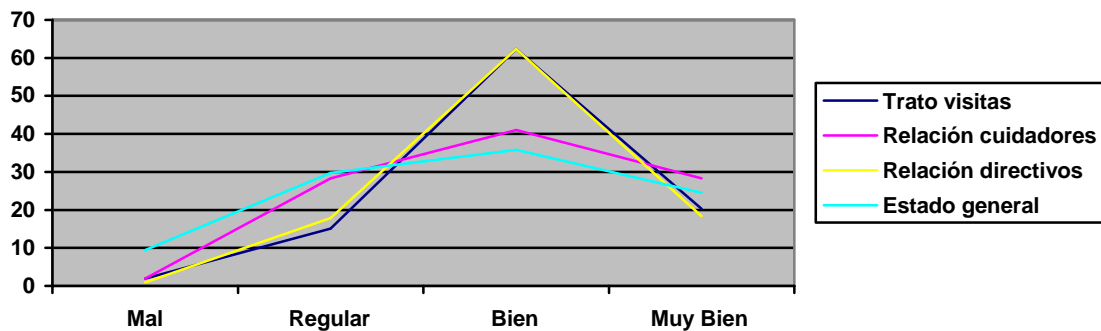
En este caso también se da una relación significativa entre el estado de salud y las visitas que recibe en el Centro ($X^2 = 28,691$; $gl = 8$; $p = 0,000$), como también resulta significativa la relación entre la variable “Bienestar personal” y el hecho de recibir visitas ($X^2 = 32,898$; $gl = 8$; $p = 0,000$), de forma que, con estos datos, cabe deducir que un mejor estado de salud se corresponde con mayor frecuencia en la recepción de visitas.

En la siguiente tabla se puede ver la opinión de los sujetos respecto a cómo se desarrollan algunos aspectos de su vida cotidiana.

Tabla 30.- Relaciones con el personal del Centro

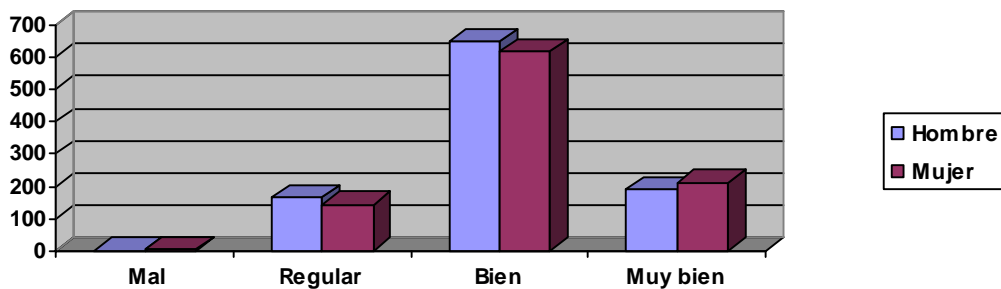
	Mal		Regular		Bien		Muy Bien		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trato a las visitas	4	1,9	32	15,1	132	62,3	43	20,3	211	100,0
Relación cuidadores	4	1,9	60	28,3	87	41,0	60	28,3	211	100,0
Relación directivos	2	0,9	38	17,9	132	62,3	39	18,4	211	100,0
Estado General	20	9,4	63	29,7	76	35,8	52	24,5	211	100,0

Figura 68.- La relación con las visitas según estado de salud



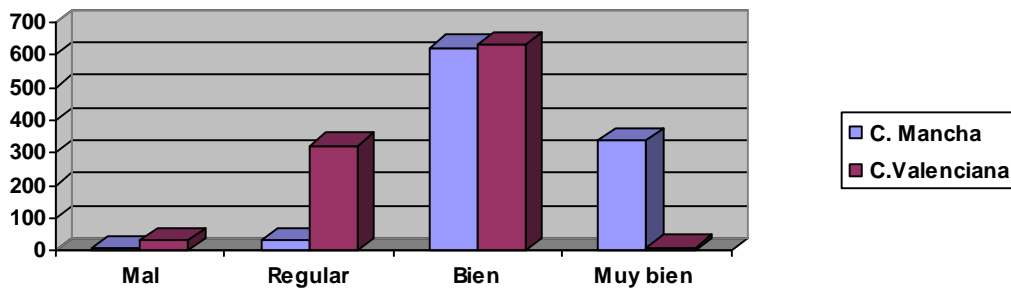
En cuanto a las respuestas a la cuestión acerca de cómo trata el personal del Centro (cuidadores y directivos) a quienes visitan a la persona mayor consultada, con el resultado de que hasta un 83,0% consideran que el trato recibido está entre el “Bien” y el “Muy Bien”, con un 1,9% “Mal” y un 15,2%, “Regular”, resultando muy similares las respuestas por sexos.

Figura 69.- La relación con las visitas según el sexo



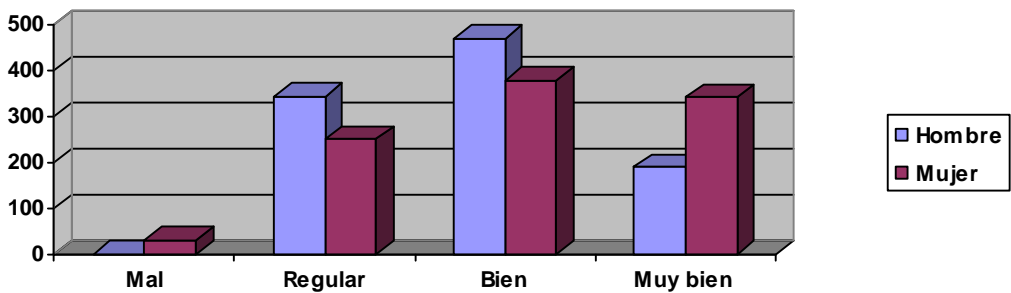
La respuesta “Bien” es la más numerosa emitida para resolver esta cuestión entre las comunidades autónomas, con un 62,1% en C-Mancha y un 63,2% en C-Valenciana, mientras que el “Regular” (32,2%) y el “Muy bien” (33,9%) se emiten respectivamente para C-Valenciana y C-Mancha.

Figura 70.- La relación con las visitas según CC.AA



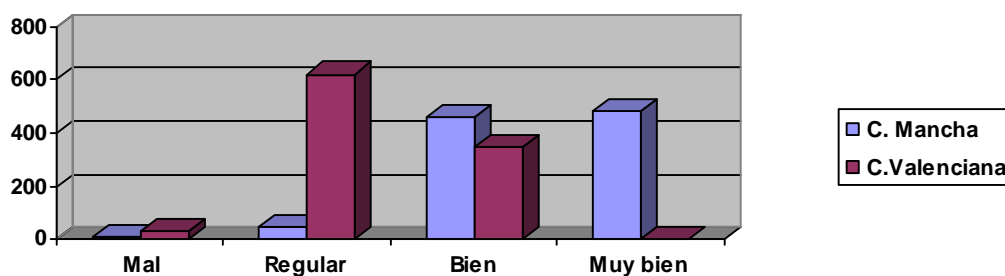
Acerca de la cuestión sobre **cómo se lleva con los cuidadores** que le atienden, a nivel personal, casi un 70,0% tiene la relación de “Bien” o “Muy Bien” frente a un 2,0% que la considera “Mal”, en caso de mujeres. El 28,4% lo considera “Regular”. Destaca la consideración de “Muy bien” que otorgan nuevamente el número de mujeres sobre el de hombres.

Figura 71.- Relación personal con los cuidadores según sexo



Desde el punto de vista de las comunidades autónomas, la respuesta “Bien” es la más similar, con 46,0% para C-Mancha y 34,5% para C-Valenciana, mientras que se intercambian el “Regular” y el “Muy bien” con valoraciones semejantes de 62,1% para C-Valenciana y 48,4% para C-Mancha. Las variables “Relación con cuidadores” están relacionadas estadísticamente con la comunidad a que pertenecen: Chi-cuadrado = ,000.

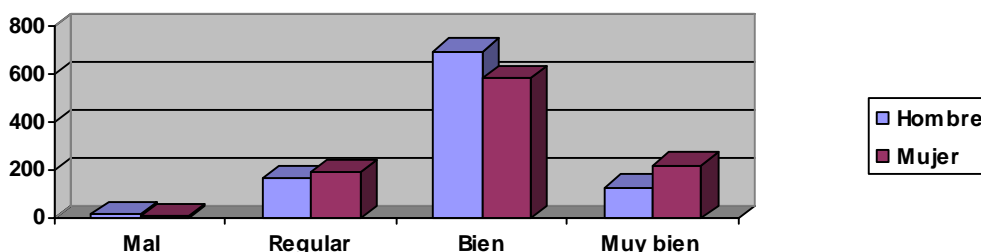
Figura 72.- Relación personal con los cuidadores según CC.AA.



En este caso también se da una relación significativa entre el estado de salud y la relación con sus cuidadores ($X^2 = 36,997$; $gl = 6$; $p = 0,000$). También resulta significativa la relación entre esta variable y la percepción de “Bienestar personal” ($X^2 = 46,615$; $gl = 6$; $p = 0,000$).

En similares términos se plantea la cuestión (B-12) que tiene que ver con la relación con los **responsables de la dirección** del Centro, en lugar de los cuidadores. Se incrementan las respuestas relativas al “Bien” en detrimento del “Regular” y el “Muy Bien”, calificación en la que vuelve a destacarse el número de las mujeres.

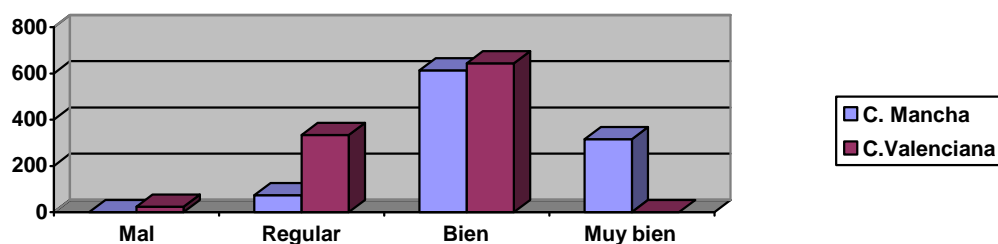
Figura 73.- Relación personal con los directivos, según sexo



Desde el punto de vista de la comunidad autónoma a la que pertenecen las respuestas, se evidencia que “Bien” es la más numerosa y similar, con 61,3% C-Mancha y 64,4% para C-Valenciana, resultando muy semejantes los valores para “Regular” y “Muy bien”, con 33,3% y 31,5% respectivamente para C-Valenciana y Castilla-Mancha.

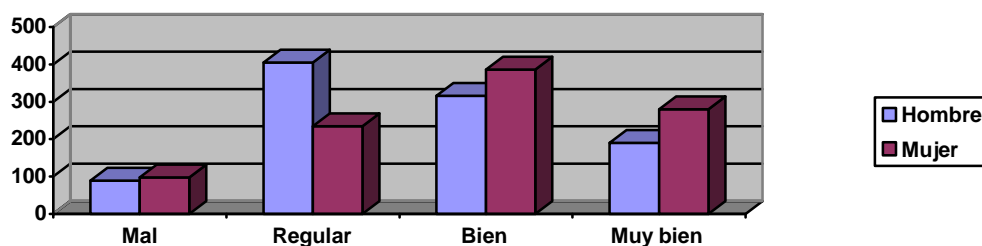
En este caso resulta sorprendente el hecho de que no se da una relación significativa entre el estado de salud y la relación con los directivos del Centro ($X^2 = 8,456$; $gl = 6$; $p = 0,207$). A pesar de ello la relación entre la variable “Bienestar personal” y la relación con los directivos del Centro sí resultó significativa ($X^2 = 41,008$; $gl = 6$; $p = 0,000$).

Figura 74.- Relación personal con los directivos, por CC.AA.



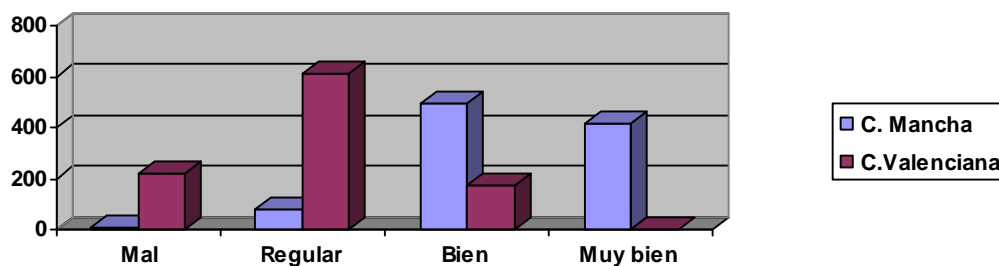
Finalmente, los consultados se refieren a su estado en la Residencia, en líneas generales, (B-13) resultando que entre “Bien” y el “Muy Bien” se manifiestan hasta un 51,6% y “Mal”, un 9,5, quedando un 30,0% en la valoración de “Regular” en la que destacan las calificaciones de los hombres. Las valoraciones positivas vuelven a corresponderse con las calificaciones de las mujeres.

Figura 75.- El estado general en la Residencia según sexo



Un 21,8% de consultados en la C-Valenciana manifiestan sentirse “Mal” ante la consulta de cómo se encuentra en la Residencia, en líneas generales, con un 0,8% en la de C-Mancha. La respuesta “Regular” se repite hasta un 60,9% y la de “Bien”, en un 17,2% en la C-Valenciana. Entre tanto, un 8,1% manifiesta encontrarse “Regular”, con un 49,2%, “Bien” y el 41,9%, “Muy bien” en C-Mancha, según se aprecia:

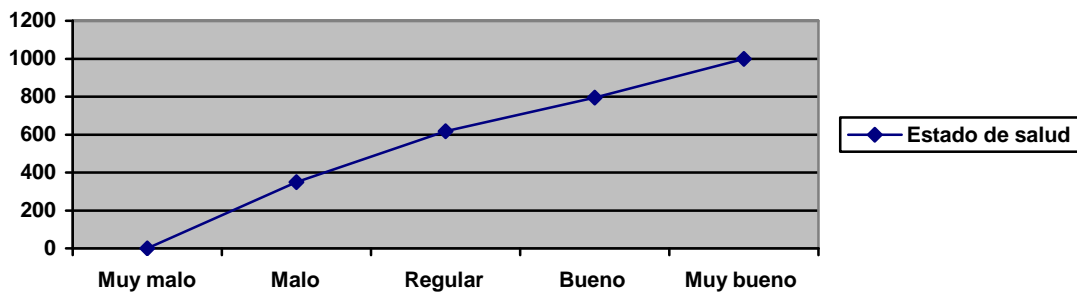
Figura 76.- El estado general en la Residencia según CC.AA.



En este caso la relación entre el estado de salud y cómo se encuentra en el Centro, en general, es significativa ($X^2 = 35,428$; $gl = 6$; $p = 0,000$). La relación entre esta variable y la variable “Bienestar personal” también resultó significativa ($X^2 = 55,033$; $gl = 6$; $p = 0,000$).

Por lo que respecta a la influencia del estado de salud en la percepción del estado general en la Institución, la valoración es continuamente ascendente desde un estado “Muy malo”, “Malo”, “Regular”, “Bueno”, “Muy bueno”, con porcentajes de 0,0%, 35,0%, 61,8%, 79,5%, y 100,0% respectivamente, como refleja el gráfico del que se deriva que las variables estado de salud y estado en que se encuentra la persona consultada, en líneas generales en la Residencia están completamente relacionadas estadísticamente: Chi-cuadrado = ,000.

Figura 77.- El estado general en la Residencia según estado de salud



16.4.- Maltrato

Este módulo constituye la tercera y última parte del Cuestionario. Está constituido por 15 cuestiones con preguntas de seguimiento para algunas de ellas cuando se contestan afirmativamente. Con estas preguntas se intenta detectar situaciones de Maltrato de distintos tipos y desde diversos aspectos.

Teniendo en cuenta la relevancia que, para el Maltrato, tiene el nivel de autonomía (y por tanto de dependencia) del afectado, se toman en consideración, con carácter previo, algunos aspectos relacionados con ambas condiciones (ver tabla), deduciéndose que un 75,5% de los consultados necesita ayuda para alguna de sus actividades, lo que equivale a decir que uno de cada cuatro se considera independiente para el desempeño de las denominadas actividades de la vida diaria (AVD), mientras que tres de cada cuatro precisan algún tipo de ayuda.

Tabla 31.- Niveles de dependencia

DEPENDENCIA	SI		NO	
	N	%	N	%
D-1. Independiente en AVD	54	25,5	157	74,1
D-2. Necesita Ayuda para AVD	160	75,5	50	23,6
D-3. NIVEL DE INDEPENDENCIA				
En todas las AVD	15	7,1		
En algunas AVD	176	83,0		
Completamente dependiente	19	9,0		

Tomando en consideración los diversos niveles de dependencia que se expresan en las respuestas, resulta que solamente un 7,1% es independiente en todas las AVDs¹⁴⁴, mientras que un 83,8% es dependiente sólo en algunas de esas actividades, considerándose un 9,0% como completamente dependiente.

Al analizar en qué tipo de AVD los sujetos necesitan ayuda, se comprueba que el baño es una de las actividades que involucra a un mayor número de sujetos, seguida de la medicación y la movilidad, tal como se puede ver en la Tabla 32.

¹⁴⁴ También llamadas "áreas de ocupación", comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y, además, un propósito.

Tabla 32.- Actividades de la vida diaria en que precisa ayuda

NECESIDADES DE AYUDA	Sí		Número de orden
	N	%	
Baño	161	75.94	1°
Vestido	67	31.60	5°
Aseo	41	19.34	8°
Comer	52	24.53	6°
Medicación	150	70.75	2°
COMPRAR	51	24.06	7°
TRANSPORTE	77	36.32	4°
MOVILIDAD	107	50.47	3°

Cuando se les pide que indiquen para qué tipo de NVD necesitan ayuda encontramos, como se puede ver en la Tabla 31, que un 11,8% no precisa ser ayudado en ninguna de las AVD relacionadas y un 7,1% necesita ayuda en una sola de ellas. La mayoría se sitúan entre dos y cinco actividades en las que precisan ayuda, resultando minoritario el número de quienes reúnen entre seis y ocho actividades con necesidad de ayuda.

Tabla 33.- Número de AVD en las que precisa ser ayudado

NECESIDADES				
		Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
Válidos	,00	25	11,8	11,8
	1,00	15	7,1	18,9
	2,00	39	18,4	37,3
	3,00	35	16,5	53,8
	4,00	31	14,6	68,4
	5,00	40	18,9	87,3
	6,00	11	5,2	92,5
	7,00	10	4,7	97,2
	8,00	6	2,8	100,0
	TOTAL	212	100,0	

Dentro del bloque de ocho necesidades de la vida diaria (AVD), establecemos un primer grupo que conocemos como de *necesidades básicas* (baño, vestido, aseo, comer, medicación); y un segundo de *otras necesidades* (comprar, transporte, movilidad).

En el siguiente apartado nos referimos exclusivamente a las cinco, que hemos dado en denominar necesidades básicas (baño, vestido, aseo, comer, medicación).

Tabla 34.- Necesidades básicas. Frecuencias

NECESIDADES BÁSICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	31	14,6	14,6	14,6
	1,00	35	16,5	16,5	31,1
	2,00	60	28,3	28,3	59,4
	3,00	37	17,5	17,5	76,9
	4,00	40	18,9	18,9	95,8
	5,00	9	4,2	4,2	100,0
	Total	212	100,0	100,0	

Resultando que un 28,3% necesita ser ayudado, por lo menos, en dos de las actividades señaladas y solo un 4,2% precisa ayuda en cinco de ellas, estando en el 14,6% quienes no precisan ayuda. Más adelante se relacionarán estos datos con los de los malos tratos. En la tabla siguiente, se toman en consideración diversos aspectos relacionados con el Maltrato y en algunos casos la posible reiteración de esas conductas.

Tabla 35.- Aspectos de maltrato y reiteración de la conducta

MALOS TRATOS	SI		REITERACIÓN	
	N	%	N	%
C-1. Recibir ayuda para sus NVD		75,8		10,9
C-2. Impedir necesidades básicas	32	15.09	27	12.74
C-3. Vergüenza/amenaza	86	40.57	67	31.60
C-4. Firma Documentos	56	26.42	37	17.45
C-5. Tocamientos/daños	33	15.57	35	16.51

La primera de las cuestiones busca conocer si la persona consultada ha recibido el alguna ocasión, ayuda para bañarse, vestirse, ir al banco, comprar, comer u otras actividades ordinarias (C-1). Un 75,8% contesta afirmativamente a la pregunta mientras que el 23,7% se expresa negativamente a la cuestión.

Por comunidades autónomas, un 83,9% de C-Valenciana precisa ayuda para ciertas actividades, contra un 70,2% lo hace en C-Mancha. Un 10,9% de las personas que necesitan ayuda manifiestan tener problemas con el cuidador y un 16,6% no contesta a la pregunta (11,4% de hombres y un 19,7% de mujeres), lo que podría inducir a pensar en una respuesta positiva en alguno de esos casos. El 72,5% expresa no tener problemas. El 21,8% en la C-Valenciana y el 3,2% en C-Mancha considera tener problemas con el cuidador. “No contesta” un 13,7% de C-Mancha y un 20,7% en la C-Valenciana.

Un 78,7% se expresa negativamente en el sentido de que alguien le ha impedido realizar determinadas actividades (C-2), como estar con la gente que quería estar, u otras acciones. Un 6,2% no responde a la pregunta, no existiendo grandes diferencias entre las respuestas de hombres y de mujeres.

Por comunidades autónomas, un 93,5% en C-Mancha y un 57,5% C-Valenciana manifiesta no haber tenido impedimentos para realizar determinadas actividades. Consideran que “sí” han tenido impedimentos un 29,9% de C-Valenciana y un 4,8% en C-Mancha y no responden a la cuestión un 1,6% en C-Mancha y un 12,6% de la C-Valenciana. El 84,38% de los que han sufrido esta conducta indican que ésta es reiterada.

Cuando se interpela al consultado acerca de si ha recibido un trato que le haya hecho sentirse avergonzado o amenazado (C-3) y, en su caso, si el hecho se ha producido en más de una ocasión, el 7,1% no contesta, lo que supone una cierta duda sobre la solución positiva en una pregunta tan evidente. Si a ello sumamos el 40,8% que confiesa haberse sentido amenazado, podemos estar ante una situación de maltrato de cierta relevancia que es percibida en mayor porcentaje por los hombres. Desde el punto de vista de la comunidad autónoma de origen, un 72,4% de la C-Valenciana cree que “sí” ha experimentado en alguna ocasión, sentimientos de vergüenza o amenaza lo que también afirman un 18,5% de C-Mancha, no contestando a la pregunta el 14,9% de C-Valenciana y el 1,6% de C-Mancha.

Un 77,9% de los que la han sufrido informan de que esa conducta se ha reiterado, con más mujeres que hombres que omiten la respuesta. Quedan solamente un 16,7% de respuestas claramente negativas.

Ante la pregunta de si alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad (C-4), la respuesta negativa es del 70%, con un 26,5% con respuesta afirmativa mientras un 3,3% prefiere no contestar.

Los hombres declaran afirmativamente en porcentaje superior (30,4% y 24,2%).

Desde el punto de vista de comunidades autónomas, un 59,8% de consultados en C-Valenciana manifiestan haber sido objeto de fuerza para la firma de documentos, por un 3,2% en C-Mancha. No contestan un 0,8% y un 6,9% respectivamente. El 48,8% de los consultados acerca de la reiteración de conductas abusivas en los aspectos económicos se niega a responder y un 17,5% lo hace de forma afirmativa. Tan solo el 23,2% contesta de modo negativo, sin grandes diferencias por razón del sexo de los consultados. Desde el punto de vista de las comunidades autónomas, con una gran frecuencia en C-Mancha (65,3%) frente a 25,3% en C-Valenciana en la que, por otra parte predomina la respuesta afirmativa con un 40,2%. Un 69,2% considera que “No” ha sido amenazado o atemorizado sufriendo tocamientos indeseados o daños físicos (C-5), mientras que un 15,6% confiesa haberlos sufrido y otro 15,2% “No contesta”. Las respuestas vienen a ser similares en ambos sexos.

Según las respuestas al cuestionario, amenazas, tocamientos o daño físico (C-5) se han producido en un porcentaje del 6,5% en C-Mancha frente a un 28,7% en C-Valenciana, en la que, por otra parte, no contesta a la pregunta un 35,6%. Próximo al 50% no contesta la pregunta acerca de la reiteración de conductas de amenaza o atemorizado, sufriendo tocamientos indeseados o daños físicos; un 16,6% lo hacen afirmativamente y el 28,4% lo hace en sentido negativo. Las mujeres responden afirmativamente en mayor número y también se niegan a contestar en mayor cantidad.

Además de los maltratos de los que se acaba de hablar, es conveniente también analizar cómo se sienten los entrevistados con respecto a su entorno social en la institución. Las cuestiones que se comentan ahora hacen referencia a los miedos (maltrato psicológico) que los internos puedan sentir por la situación en la que se encuentran.

Tabla 36.- Situaciones que implican miedo o temor

MALOS TRATOS	SI		NO		NS/NC	
	N	%	N	%	N	%
C-6. MIEDO CUIDADORES	18	8.49	173	81,6	20	9,4
C-7. MIEDO DIRECTIVOS	6	2.83	188	88,7	17	8,0
C-8. MIEDO COMPAÑEROS	37	17.45	161	76,3	13	6,1
C-9. BURLAS	70	33.02	125	59,5	15	7,1
C-10. PREFIERE SOLEDAD	124	58.49	73	34,6	14	6,6
C-11. INCOMODO VISITAS	29	13.68	165	78,2	17	8,1
C-12. MIEDO PETICIONES	35	16.51	165	78,2	11	5,2
C-13. COGIDO_NEGATIVO	106	50.00	101	47,9	4	1,9
C-14. DEMASIADOS PROBLEMA	80	37.74	121	100,0	10	4,7
C-15. INTENTO DAÑOS	25	11.79	151	71,6	35	16,6

Gran parte de los mayores institucionalizados, hasta un 82,0% “No” tiene miedo a alguien del personal cuidador del Centro (C-6), mientras que un 8,5% manifiesta que “Sí” teme a alguien y un 9,5% no contesta a la pregunta. No se dan grandes diferencias entre hombres y mujeres a este respecto. Una mayoría, hasta un 89,1% “No” tiene miedo a alguien del personal directivo del Centro (C-7), mientras que un 2,8% manifiesta que “Sí” teme a alguien y un 8,1% no contesta a la pregunta. Las respuestas a esta cuestión tienen semejanza con las de la anterior, pero las proporciones son inferiores, significando que los miedos son más frecuentes frente a los cuidadores que ante el personal directivo, sin grandes oscilaciones por sexos. Sin embargo, manifiestan tenerle miedo a los compañeros (C-8) en un 17,5% mientras que un 76,3 contesta negativamente y un 6,2% no contesta. También se pone en evidencia que los hombres tienen miedo a los compañeros en superior porcentaje que las mujeres y también omiten la respuesta en porcentaje superior.

De acuerdo con los datos comparados, se aprecia que el personal cuidador (8,5%) suscita mayores miedos que el personal directivo (2,8%), lo que cabe ser atribuido al hecho de un mayor contacto personal de los cuidadores con los mayores, con la problemática propia de las tareas de la vida diaria. Un mayor porcentaje (17,5%) tienen miedo a los propios compañeros.

El 33,3% responde afirmativamente con mayor incidencia de hombres (35,4%) a la pregunta sobre si alguien en este Centro trata de burlarse de usted o le recrimina constantemente (C-9) , con un 59,5% que responde negativamente y un 7,1 que prefiere no responder (mayoritariamente las mujeres, con 7,6%).

Una importante mayoría de los consultados -hasta un 58,8%- prefiere estar solo a menudo (C-10), con un 6,6% que no contesta. Sólo responde negativamente el 34,6%. El 62,0% de los hombres prefiere estar solo a menudo, frente al 56,8% de las mujeres que se manifiestan de igual modo. Un 6,3% y un 6,8% prefieren no contestar.

Sólo un 13,7% de los encuestados se siente incómodo con sus visitas (C-11). El 78,2% “No” se siente incómodo y un 8,1% prefiere no contestar. En todo caso, son los hombres quienes manifiestan sentirse incómodos en mayor porcentaje que las mujeres (15,2% frente a 12,9%) y no responder (8,9% frente a 7,6%).

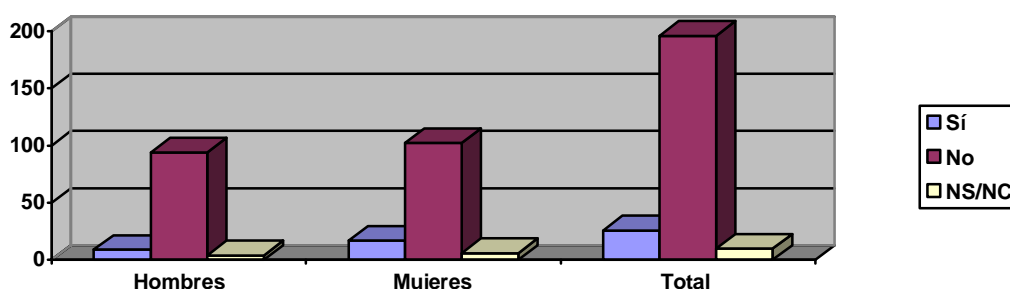
Un 16,6% tiene miedo a pedir las cosas que quiere o necesita (C-12), mientras que el 78,2% responde negativamente y el 5,2% no contesta. El 17,7% de los hombres frente al 15,9% de mujeres expresan ese temor a pedir lo que necesitan.

Las cuestiones, C-4) y C-13) vienen a referirse a modalidades de maltrato o abuso económico, la primera aludiendo a haber sido forzado a firmar documentos contra la voluntad del firmante; y la segunda, al hecho de tomar cosas sin consentimiento del propietario, anciano consultado. En ambas se aprecia un volumen global considerable con el 7’8% obligados a firmar documentos contra su voluntad, y un 11’2% que afirma que le han cogido cosas de su propiedad sin su consentimiento. Casi uno de cada dos mayores han sido objeto de abusos contra su propiedad, de tal manera que el 50,2% responde afirmativamente a la consulta de si alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento.

Las cuestiones, C-4) y C-13) vienen a referirse a modalidades de maltrato o abuso económico, la primera aludiendo a haber sido forzado a firmar documentos contra la voluntad del firmante; y la segunda, al hecho de tomar cosas sin consentimiento del propietario, anciano consultado. En ambas se aprecia un volumen global considerable con el 7’8% obligados a firmar documentos contra su voluntad, y un 11’2% que afirma que le han cogido cosas de su propiedad sin su consentimiento.

Casi uno de cada dos mayores han sido objeto de abusos contra su propiedad, de tal manera que el 50,2% responde afirmativamente a la consulta de si alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento. Aquí sí que existen singularidades dignas de mencionar en la diferencia de género, de tal modo que en los dos casos, casi se duplica el fenómeno contra las mujeres en relación con los hombres:

Figura 78.- Alguien ha cogido cosas suyas sin su consentimiento por sexo



El 37,9% afirma que alguien la ha dicho que genera demasiados problemas (C-14) y un 4,7% no responde a la cuestión. El 57,3% responde negativamente a esta cuestión. El 39,2% de los hombres responde afirmativamente a esta cuestión y también lo hacen el 37,1% de las mujeres.

El 11,8% responde afirmativamente al ser preguntado acerca de si alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño (C-15) y un significativo 16,6% no responde a la pregunta, mientras el 71,6% no ha percibido esa situación.

La pregunta de si alguien le ha amenazado o atemorizado tocándole de forma que no le guste o le dañe físicamente (C-5) puede tener una cierta relación con la C-15 relativa a si alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño. La primera tiene un componente al que podríamos conferir un tinte de abuso sexual, y ambas poseen una clara relación con el maltrato físico. En escasas ocasiones el fenómeno, de producirse, se reitera. Se aprecia claramente que predominan las respuestas negativas, en torno al 90%, con escasa diferencia por sexo: el 15,2% de los hombres responden afirmativamente a la cuestión mientras que lo hacen en el mismo sentido el 9,8%. Un 20,3% de los hombres prefiere no contestar así como un 14,4% de las mujeres.

16.5.- Grado de Dependencia

Tal como se ha comentado en el módulo anterior, el Módulo D) plantea cuestiones relacionadas con el nivel de Dependencia para el desarrollo de las AVD de las personas consultadas.

Los resultados citados muestra que el 25,6% de los consultados se considera independiente AVD (Independiente en las Actividades de la Vida Diaria), mientras que el 74,4% no es absolutamente independiente, de los que un 10% es dependiente total. Entre las personas mayores institucionalizadas, un 7,6% de hombres y un 6,9% de mujeres se consideran independientes en todas las AVD, o lo que es lo mismo, gozan de total autonomía personal; un 78,5% de hombres y un 87,0% de mujeres son dependientes en algunas AVD; y un 13,9% de hombres y un 6,1% de mujeres se consideran absolutamente dependientes.

De entre las AVD, el baño y la medicación son las actividades en las que un mayor número de encuestados necesitan ayuda.

La relación entre la percepción de dependencia y el estado de salud resultó significativa ($\chi^2 = 11,72$; g.l. = 2; $p < 0,003$), al igual que el nivel de dependencia ($\chi^2 = 18,48$; g.l. = 4; $p < 0,001$) lo que indica que existe una relación entre el estado de salud y la independencia o su nivel: a peor estado de salud mayor dependencia. Respecto a la sensación de Bienestar personal su relación con ambas variables también resultaron significativas: Independencia, $\chi^2 = 15,59$; g.l. = 2; $p < 0,000$; Nivel de dependencia, $\chi^2 = 13,57$; g.l. = 4; $p < 0,009$.

16.6.- Dependencia Económica

El maltrato económico es un tema del que no suelen expresarse de forma explícita las personas mayores consultadas. Este módulo pretende comprobar hasta qué punto se da este tipo de maltrato y hasta qué punto los encuestados son conscientes del mismo.

Cuando se les pregunta cómo perciben su situación económica (H-1), los encuestados responden en un 47,4% que la perciben como autosuficiente (44,3% hombres y 49,2% mujeres), mientras que un 9,5% desconoce esta circunstancia (mayor incidencia en el caso de las mujeres: 11,4% por 6,3% en los hombres). Para el 43,1% su situación económica es percibida como parcialmente dependiente (29,1% hombres y 16,7% mujeres) o bien, totalmente dependiente (20,3% hombres y 22,7% mujeres).

Ante la pregunta de quién administra sus recursos (H-2), un 45,0% interviene en la administración de sus recursos, bien en solitario o bien con ayuda, mientras que el 9,5% desconoce quien es el responsable de dicha administración de recursos. Para el 44,1%, son “Otros” quienes están encargados de la administración de sus bienes. El 27,8% de hombres lleva su administración personalmente frente al 15,9% de mujeres. La administración por “Otros” se produce en un 36,7% de hombres y 48,5% de mujeres.

Una mayoría de los consultados, hasta el 58,8% no contesta a la pregunta relativa a si alguna vez se ha preocupado de que su dinero no se administra como desea (H-3), mientras que un 16,1% responde afirmativamente y un 25,1% lo hace de modo negativo.

17.- ÁMBITO COMUNITARIO

El segundo ámbito de Maltrato al que se hace referencia en este documento tiene que ver con el denominado Maltrato Comunitario, abordándose dentro del mismo, dos aspectos perfectamente diferenciados: participación y accesibilidad.

El Módulo A) se ocupa de Aspectos sociológicos.

En el Módulo L) se aborda la Participación en sus diversos ámbitos: política, social, cultural, etc., así como el origen de las principales dificultades que impiden la misma, todo ello tras haber consultado el nivel participativo a lo largo de la vida del consultado.

La Accesibilidad universal se toma en consideración en el denominado Módulo M), que se ocupa de las posibles limitaciones de carácter personal que impiden un desarrollo normal de la vida social: existencia de rampas, barandillas, ascensores y adecuación arquitectónica en edificaciones privadas, públicas, edificios, medios de transporte y acceso al mundo virtual.

17.1.- Muestreo y muestra resultante

Al analizar los cuestionarios, se encontró una muestra de 156 cuestionarios, de los que resultan válidos 155 y un caso perdido.

La media de **edad** fue de 78,59 años, con una desviación típica de 8,37 (Moda = 86; mín = 54; máx = 96).

Con respecto **al sexo**, se constata una clara superioridad en el número de mujeres que han respondido a los cuestionarios para todos los grupos de edad (54,19% de la muestra con 71 hombres y 84 mujeres), resultado esperado dada la mayor esperanza de vida de las mujeres, no encontrándose diferencias significativas entre estas, el sexo y la edad ($X^2 = ,336$; g.l. = 4; n.s.).

El estado civil de los encuestados se dividía entre 28 (18,06%) de solteros, 47 (30,32%) de casados, 72 (46,45%) viudos, 5 (3'22%) separados y 3 (1'93%) de divorciados. Tampoco se encontró una relación significativa entre esta variable y el sexo de los entrevistados ($X^2 = 4,214$; g.l. = 4; $p = 0'378$).

El 75,48% de la muestra de las personas mayores consultadas **tiene hijos** (entre uno y seis) y un 24,52% (38 sujetos) carecen de descendencia.

La media del **número de hijos** del resto de los mayores fue de 2,28 con una desviación típica de 1,661 (Moda 2; mín = 0; máx = 6). La relación entre el número de hijos y el sexo de los mayores no resultó significativa ($X^2 = ,832$; g.l. = 6; n.s.).

Dados todos estos resultados se puede concluir que el grupo de mujeres no difiere significativamente del de los hombres en sus características sociológicas, de lo que cabe concluir que los consultados forman parte de una sola muestra.

17.2.- Participación

Para su toma en consideración, se han agrupado las variables de este cuestionario con diversos criterios y así las cinco primeras, que hacen referencia a la participación, nos ofrecen estas características, de las que se deduce la falta de significación estadística según el sexo:

Tabla 37.- Participación en asuntos públicos, según sexo

	Participó en actividades		Llegó a ser miembro		Militó en organización		Aportación mayores		Dispuesto a participar	
	SÍ	NO	SI	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
HOMBRES	34	37	9	62	25	46	61	10	8	60
MUJERES	27	57	5	79	16	68	70	11	18	60
	61	94	14	141	41	114	131	21	26	120
X^2	<u>3,996</u>		<u>2,117</u>		<u>5,167</u>		<u>2,594</u>		<u>864,2</u>	
G.l.	<u>1</u>		<u>1</u>		<u>1</u>		<u>3</u>		<u>3</u>	
Nivel sig.	<u>,046</u>		<u>,146</u>		<u>,023</u>		<u>,459</u>		<u>,232</u>	

De los datos obtenidos se deduce la escasa participación de los mayores en asuntos públicos, resultando todavía menor la militancia y todo ello más resaltante en el sexo femenino, ocurriendo lo mismo en la disposición a participar, muy escasa en ambos sexos.

El 60,6% de los consultados no participó nunca en actividades sociales cuando era joven y sí lo hizo un 39,4% y un 91,0% no llegó a ser nunca miembro de alguna Institución Pública (concejal, diputado, etc.), mientras que un 9,0% sí ocupó alguno de estos cargos.

El 73,5% no ha militado en alguna organización política (partido-sindicato)

Las personas mayores conceden importancia a su posible aportación a las cuestiones públicas, con un 84,5% de respuestas positivas ante el planteamiento de la cuestión

A pesar de manifestarse positivamente, de forma mayoritaria ante la importancia de la participación en los asuntos públicos, lo cierto es que resulta minoritario, con un 16,8%, el porcentaje que estaría dispuesto a participar en alguna responsabilidad, de modo que un 77,4% no estaría dispuesto a hacerlo.

Un siguiente bloque de cuestiones tiene que ver con la opinión de los consultados acerca de si se facilita la participación por diversos estamentos, deduciéndose la carencia de significación estadística en todos los casos.

La percepción acerca de si se facilita la participación en los asuntos públicos por parte de las diversas instancias a los consultados resulta negativa, con ligera superioridad por parte de las mujeres en este sentido.

Tabla 38.- Se facilita la participación. Percepción según sexo

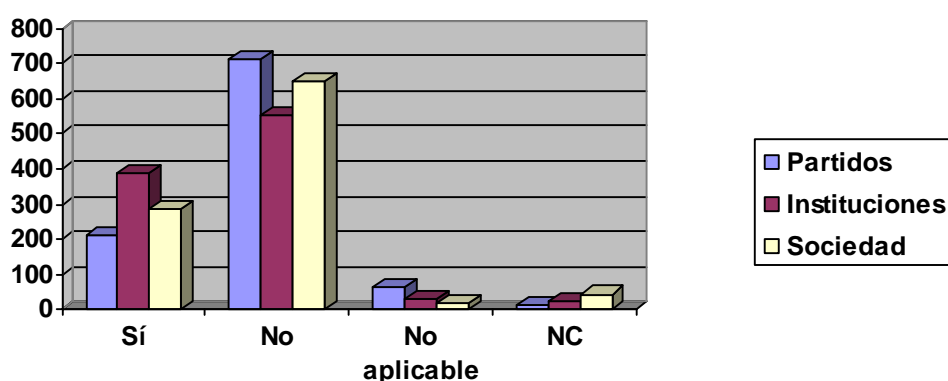
SE FACILITA LA PARTICIPACIÓN. PERCEPCIÓN SEGÚN SEXO								
	1° Part. Políticos		2° Instituciones		3° Sociedad		TOTAL	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
HOMBRES	17	50	25	41	18	49	60	140
MUJERES	16	60	35	45	26	51	77	156
TOTAL	33	110	60	86	44	100	137	296

Y visto con detalle resulta que en los tres casos la percepción acerca de si se facilita la participación de las personas mayores en los asuntos públicos viene a resultar negativa

Una gran mayoría - 71,0% - considera que “No”, mientras que el 21,3% piensa que sí y un 7,8% no expresa su opinión.

Para otras instituciones civiles (voluntariado, comunidad de vecinos, etc.) las respuestas afirmativas se elevan significativamente con respecto a la anterior.

Figura 79.- Se facilita la participación. Percepción según ámbitos

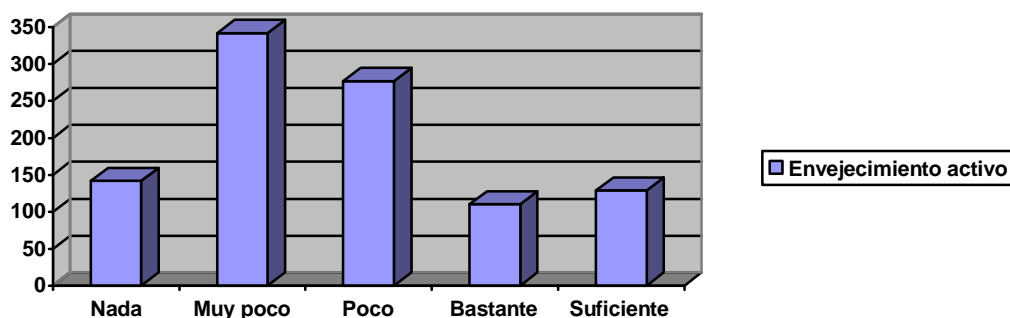


A modo de recopilación, el gráfico anterior realiza una presentación comparada de los tres ámbitos tratados, deduciéndose que, en la percepción de las personas mayores, los partidos políticos les facilitan menos su participación en los asuntos públicos que otras instituciones o la misma sociedad civil, destacando que los grupos organizados (voluntariado, asociaciones de vecinos, etc.) son los más proclives a la implicación de este colectivo.

Cuando se pregunta a los encuestados acerca de su percepción sobre si los poderes públicos favorecen el **envejecimiento activo** de modo adecuado y eficaz, se producen multiplicidad de variantes en las respuestas.

Las valoraciones positivas, “Bastante”, “Suficiente” sólo suponen un 23,9%, mientras que entre “Nada” y “Muy poco” el porcentaje de respuestas es del 48,4% y la intermedia “Poco”, un 27,7%, lo que parece evidenciar que la percepción de las personas mayores consultadas se mueve en la línea de considerar insuficiente la atención de los poderes públicos por la problemática que a ellas les afecta.

Figura 80.- Favorecimiento de “envejecimiento activo” por el Estado



Lo que se plantea concretamente es si el consultado cree que la percepción de un subsidio de jubilación tiene que ser necesariamente incompatible con el desempeño de cualquier otro tipo de actividad remunerada, produciéndose un 55,5% de respuestas negativas contra un 32,3% de respuestas positivas y un 12,3 no significativas.

La actual normativa sobre incompatibilidades no tiene en cuenta el factor edad para su aplicación, lo deja de ser un motivo de reflexión para la Política Criminal que bien podría tomar en consideración las peculiaridades del incremento de la edad para el establecimiento de discriminación positiva en estos segmentos poblacionales.

La siguiente cuestión planteada versa acerca de la disposición para desempeñar, una vez jubilado, un trabajo remunerado mientras lo permitan sus condiciones físicas, siendo las respuestas de un 49,0% afirmativo frente a un 43,2% negativo y un 7,8% no valorable, lo que evidencia una mayoritaria disposición al trabajo tras una jubilación en edades que todavía ofrecen posibilidades de desempeñar actividades.

La respuesta a si considera que la sociedad y concretamente el mundo laboral discriminan a los mayores de forma negativa por el solo hecho de la edad ofrece los resultados de un 75,5% afirmativo y un 20,0% negativo con un 4,5% no valorado, lo que se corresponde fehacientemente con los datos conocidos de las estadísticas oficiales que indican una mayor dificultad para encontrar trabajo conforme avanza la edad de los peticionarios de actividad. Se trata de una forma de edadismo grave y evidente.

En una línea diferente –ajena al mundo laboral-, se plantea la cuestión acerca de si cree que tiene el suficiente contacto con sus hijos, familiares, amigos, vecinos, etc., las respuestas positivas alcanzan un 63,9% frente a las negativas que llegan al 29,0% y las no aplicables al 7,1%, de lo que se deduce que una mayoría de los mayores institucionalizados considera tener suficiente contacto; sin embargo, uno de cada cuatro estima que el contacto con su familia es insuficiente, criterio mayoritario en hombres.

Tabla 39.- Tiene suficiente contacto con la familia, según sexo

	SÍ	NO	TOTAL
HOMBRES	40	26	66
MUJERES	59	19	78
TOTAL	99	45	144

Una nueva cuestión planteada se refiere a si, alguna vez, alguien cercano le ha impedido participar en **actividades sociales**, a lo que un 74,2% responde negativamente y un 20,0% lo hace de modo afirmativo mientras un 5,8% no es aplicable. Un 89,7% manifiesta haber tenido impedimentos para participar en las **actividades deseadas**, mientras que un 10,3% considera no haber tenido esos impedimentos.

Según las dos cuestiones anteriores, la percepción de una mayoría es la de no haber tenido impedimentos derivados de la acción de alguien cercano, pero sí de otra índole, sin grandes diferencias según el sexo de los consultados y, en todo caso, con mayor incidencia en el sexo femenino. Y en cuanto al tipo de impedimentos, las respuestas varían así: en los derivados de la salud, el 62,6% lo consideran afirmativo mientras que el 37,4% lo hacen de modo negativo.

Por lo que se refiere al transporte, las dificultades se atribuyen en 9,7% a los aspectos positivos mientras que lo hacen de forma negativa en un 90,3%. Las dificultades de accesibilidad se consideran positivamente en un 7,1%, mientras que no se consideran relevantes en un 92,9%. En cuanto al precio, un 9,7% lo considera relevante frente a un 90,3% valora de forma negativa este inconveniente. La desinformación es considerada un inconveniente a la participación por un 27,1% que lo valora positivamente frente a un 72,9% lo hace de modo negativo.

Se evidencia que es la salud el principal inconveniente para una participación activa de los mayores en las actividades públicas, con un porcentaje de respuestas afirmativas del 62,6%, siguiéndole en importancia la desinformación, con el 27,1% que también lo consideran un inconveniente a la participación.

El transporte, la accesibilidad y el precio son aspectos de menor relevancia y son valorados positivamente con 9,7%, 7,1% y 9,7% respectivamente.

Tabla 40.- Impedimentos a la participación en asuntos públicos, según sexo

	1° SALUD		2° TRANSPOR.		3° ACCESO		4° PRECIO		5° DESINFOR.	
	SÍ	NO	SI	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
HOMBRES	48	23	8	63	6	65	8	63	14	57
MUJERES	49	35	7	77	5	79	7	77	28	56
TOTAL	97	58	15	140	11	144	15	140	42	113

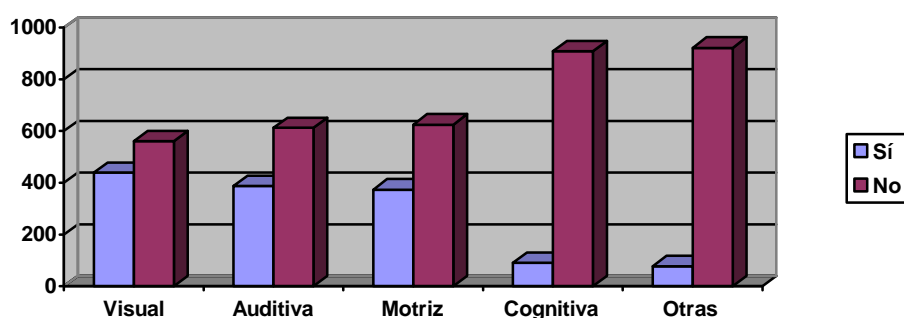
17.3.- Accesibilidad Universal

Antes de revisar aspectos relacionados con la accesibilidad universal se trata de detectar la existencia de limitaciones de toda índole y sus tipos predominantes, resultando que una mayoría del 81,3% considera tener limitaciones para su movilidad normal, mientras que el 18,7% entiende gozar de autonomía sin limitaciones, no apreciándose grandes diferencias por sexo ni existiendo significación estadística entre ambas variables.

En el cuestionario se plantean una serie de limitaciones que se consideran de incidencia relevante en las personas mayores a quienes se consulta, y vienen a ser de tipo: visual, auditiva, motriz, cognitiva y un bloque genérico bajo el epígrafe de otras.

Las limitaciones de tipo visual ocupan el primer lugar, con un 43,9%, seguidas de las auditivas 38,7% y las de base motriz con un 37,4%, siendo menos apreciables las cognitivas, con el 9,0% y “otras” con un 7,7%.

Figura 81.- Principales tipos de limitaciones para la movilidad



Las limitaciones visuales y auditivas, dentro de su importancia cuantitativa son similares en ambos sexos, detectándose una mayor relevancia para el sexo femenino en las limitaciones de carácter motriz.

Se plantean a continuación, una serie de cuestiones que tienen que ver con la percepción de los encuestados relacionada con diversos aspectos de la accesibilidad en relación con el sexo, no produciéndose significación estadística entre ambas variables en ningún caso de los cuatro bloques planteados: accesibilidad en general; en el transporte público; en la web; y accesibilidad en las aceras públicas.

Con respecto a la cuestión relativa a si el Estado y las Instituciones públicas prestan la atención suficiente a los problemas de accesibilidad, una importante mayoría que alcanza el 57,4% de los encuestados considera que “Sí” las instituciones públicas se ocupan convenientemente de facilitar los medios de accesibilidad a personas mayores o a personas con dificultades de movilidad, mientras un 40,0% considera que “No”, con un 2,5% no significado.

La siguiente cuestión planteada versa acerca de la existencia de rampas con las condiciones adecuadas para facilitar el acceso a los edificios públicos y monumentales frecuentados por los consultados, cuyas respuestas afirmativas suponen el 52,3% con un 36,1% de respuestas negativas y un 11,6% no computables.

El 40,0% de los consultados responden afirmativamente a la pregunta de si las rampas poseen una pendiente adecuada y una anchura suficiente como para permitir un tránsito cómodo con silla de rueda u otros aparatos similares. Un 52,9% responde negativamente y el 7,1% no es aplicable.

Un 53,5% considera positivamente la existencia de aparatos elevadores (ascensores) que permitan su movilidad en caso de que la misma sea reducida o que, eventualmente, dependa de silla de ruedas. Y todo ello, cuando no hay rampas o como complemento de las mismas. El 36,8% responde negativamente y un 9,7% no define la respuesta.

Un 52,3% considera que “No” hay barandillas protectoras y quitamiedos instaladas en los lugares peligrosos por donde transita frente a un 36,1% que considera que piensa que “Sí” que existen y un 11,6% cuya respuesta no se valora.

Un 51,0% responde afirmativamente a la consulta sobre si los cuartos de aseo de los lugares públicos se encuentran adecuados a las condiciones de movilidad reducida y un 39,4% lo hace negativamente con un 9,7% no computable.

El 75,5% considera que las puertas y los pasillos por donde transita con silla de ruedas tienen anchura conveniente para permitir y facilitar su acceso y maniobrabilidad, mientras que el 20,6% piensa que no se da esa circunstancia y un 3,9% no computa.

La normativa vigente exige que, en determinados lugares frecuentados por personas con problemas de autonomía, se exhiban símbolos indicadores que caractericen la accesibilidad.

Un 34,8% de los consultados consideran que tal indicación es la adecuada en los lugares frecuentados, mientras que el 49,7% entiende que no es suficiente tal indicación y un 15,5% no se significa.

Según la normativa vigente, los transportes públicos deben estar dotados con rampas para facilitar el acceso a las sillas de ruedas. Un 32,9% considera que efectivamente los que utilizan habitualmente poseen la citada dotación; el 49,7%, por el contrario, estima que esos transportes no están dotados de la pertinente instalación y un 17,4% no se significa.

La asistencia al viajero es el conjunto de servicios ofrecidos por empresas de gestión de asistencia en los cuales un equipo de profesionales actúa para solucionar cualquier inconveniente que se presente durante el viaje. El 34,2% de los consultados está de acuerdo con el funcionamiento de esos servicios cuando han sido solicitados como consecuencia de movilidad en los viajes. Un 36,1% considera que estos servicios no funcionan convenientemente y hasta un 29,7% no se pronuncia al respecto.

Diversas normativas de carácter autonómico regulan el uso de la lengua de signos española y los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y con sordoceguera. Aunque esta actividad se ha ido incrementando progresivamente con el paso del tiempo en los últimos años, la percepción de los encuestados es negativa en un 76,1%, frente a un 8,4% que considera que sí son los adecuados y un 15,5% que no se pronuncia.

Mayoritariamente, los consultados, en un 71,6%, consideran que los semáforos en los pasos de peatones por los que transitan, no se encuentran dotados de señales auditivas, mientras que un 17,4% piensa que sí lo están y un 10,9% no se significan.

A la pregunta sobre si encuentra mecanismos cuya finalidad sea resolver sus inconvenientes de origen motriz que dificultan su accesibilidad a la web, un 48,4% responden negativamente contra un 5,2% que considera que sí encuentra los mecanismos y un 46,5% no se significa.

Finalmente, se plantea la pregunta acerca de si las aceras de las calles por las que transita están adecuadas a la accesibilidad de personas con problemas de movilidad y especialmente de las sillas de ruedas, con el resultado de un 36,1% que estiman una respuesta positiva y un 54,2%, respuesta negativa, con un 9,6% que no se significa.

18.- CONCLUSIONES

Como ha explicado Blumer¹⁴⁵, el primer paso para solucionar un problema es reconocerlo; y para reconocerlo, hay que identificarlo y definirlo; y de eso se ha tratado en este trabajo, en cuya primera parte se ha realizado una aproximación a los fundamentos teóricos del fenómeno de los malos tratos a las personas mayores tratando aspectos como el análisis del concepto de maltrato y su especial referencia a las personas mayores como víctimas, con espacios dedicados a las diversas tipologías, victimización, ámbitos, aproximación cuantitativa y etiología, con especial incidencia en los factores del envejecimiento y la dependencia. También en esa misma parte se han desarrollado otros tantos apartados relacionados con aspectos preventivos, detección y consecuencias de los malos tratos, así como referidos a la protección penal de las personas afectadas; se concluye con una serie de propuestas de solución.

Otras razones de índole sociológica pueden influir también en los resultados que tienden hacia el lado positivo, a saber: El mundo de hoy no parece estar pensado para las personas mayores. Se prima la juventud, se estimula la competencia y se mercantiliza la vida de un modo que dificulta el concurso de los que parecen contar menos posibilidades, como es el caso de los ancianos, lo que imprime al resultado de esta variable un cierto tinte paradójico.

Mucho tendrá que ver en ello la denominada percepción del bienestar que hemos tratado en nuestro trabajo teórico en una tesis que se apoya en la base de que el ser humano no reacciona sólo ante los estímulos que se le plantean, sino ante la interpretación que hace de ellos.

Nuestros ancianos de hoy vivieron su infancia inmersos en una situación de guerra civil y de posguerra. Sus hábitos se forjaron en la privación, el sacrificio, la pobreza, la penuria y la sobriedad. La cultura del esfuerzo no era algo opcional, sino impuesto por la necesidad perentoria.

Y transcurrido el tiempo se encuentran con un entorno mucho más cómodo, con unas condiciones de vida muy mejoradas y con una seguridad que nunca sospecharon en asuntos tan vitales como la propia salud y el nivel económico.

¹⁴⁵ Herbert Blumer (nacido el 7 de marzo de 1900 en St. Louis, Missouri, fallecido el 13 de abril de 1987). Sociólogo de la Escuela de Chicago influenciado por la obra de George Herbert Mead. Presidió la American Sociological Association en 1956. *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método* (1969).

Del presente trabajo se han obtenido una serie de conclusiones que pueden ser agrupadas en **dos bloques de contenido**: uno de **tipo teórico**, que sirve de soporte y de contextualización; y otro relacionado con el **trabajo de campo** llevado a cabo:

18.1.- Conclusiones del trabajo teórico:

Del seguimiento diario de los medios de comunicación, de la propia experiencia y del desarrollo de este trabajo se evidencia la existencia real, reiterada y grave del maltrato en el ámbito que hemos tratado –el de las personas mayores- como una de las tres ramas en las que se configura el maltrato en el ámbito familiar, a saber: maltrato en la pareja (predominantemente, contra la mujer), maltrato a niños y maltrato a ancianos. Sobre esa base hemos fundamentado nuestras investigaciones en el campo teórico y deducido algunas conclusiones que tratamos de resumir:

18.1.1.- El **maltrato a las personas mayores** es un fenómeno cuyo estudio es reciente y carece todavía de una consolidación no solo conceptual, sino siquiera terminológica, partiendo de la base de que ni siquiera la denominación de “ancianos” tiene una consideración universal al no haber un momento de la vida en el que se considere efectivo el paso de la edad adulta a la vejez.

18.1.2.- Las personas mayores, en su mayoría, y contra lo que en principio cabría esperar, perciben de forma positiva su **estado de bienestar**: suelen encontrarse bien en líneas generales y carecen de obstáculos relevantes que les incomoden, declarándose conformes con su estado general, siendo el estado de salud, el fenómeno más preocupante en su vida.

18.1.3.- Para acercarse al estudio del **deterioro de la salud** en las personas mayores, se ha acuñado recientemente el término fragilidad, pero su definición ha sido difícil de conceptualizar. Los primeros estudios para el establecimiento de las bases de la evaluación del adulto mayor se iniciaron en la década de los 60-70, perfeccionándose, en la década siguiente, los estudios encaminados a demostrar la utilidad de la valoración geriátrica integral. En España, un 10 % de los mayores de 65 años están en fase de fragilidad, que afecta más a las mujeres y aumenta con la edad, de modo que, a partir de los 80 años, la incidencia gira alrededor del 20- 25 %.

18.1.4.- Las **enfermedades crónicas** inciden también en el incremento de la fragilidad afectando al bienestar exigiendo tratamientos y reduciendo calidad de vida: hipertensión arterial, los dolores lumbares y cervicales, la osteoporosis (con mayor incidencia sobre las mujeres) y la diabetes son las más comunes. El envejecimiento activo y el mantenimiento de hábitos saludables resultan condiciones de vital importancia para el bienestar del mayor.

18.1.5.- A pesar de que no existe todavía un consenso internacional tanto en lo que se considera globalmente Maltrato a las Personas Mayores como de cada tipo específico de éste, se ha ido generando un progresivo número de intentos de conseguirlo dentro de la bibliografía internacional. Dentro del estudio teórico del fenómeno, el que suscribe este documento se ha atrevido sintetizar **las definiciones** recogidas y considerar el maltrato a las personas mayores como “todo tipo de acciones u omisiones que, producidas dentro de una relación de confianza, son capaces de producir daño físico, psíquico o de cualquier otra tipología susceptible de vulnerar de forma más o menos grave, el disfrute de cualquier derecho o aspecto de su calidad de vida y que se consuma en cualquier ámbito en el que la persona mayor desarrolle los diversos aspectos de su vida”.

18.1.6.- Ya queda expresado que no existe un consenso suficiente ni una **tipología** universal que pueda servir de base a un estudio global y minucioso sobre las posibles definiciones de situaciones en las que se producen malos tratos a las personas mayores. Pero es evidente que el núcleo esencial es pacíficamente aceptado.

El transcurso del tiempo es una variable que determina diversos cambios en las costumbres y repercuten en la calidad y cantidad de los tipos de maltrato, como también en el incremento de las denuncias, que años atrás eran prácticamente inexistentes al considerarse las relaciones domésticas como un coto cerrado a la menor publicidad. La salida de la mujer al mercado de trabajo con el consiguiente abandono relativo de la intimidad del hogar, o las nuevas formas de vida e incluso las repercusiones de la crisis económica son causas que tiñen estas tipologías e incluso influyen en la aparición de nuevos modos de maltrato, como el denominado síndrome de la abuela esclava, antes tratado, y que se ha ido incrementando con la existencia de la crisis económica. En esencia, la incidencia del Maltrato va en aumento cualitativa y cuantitativamente en la sociedad.

18.1.7.- El problema de los malos tratos a las personas mayores existe en todas las sociedades, como ya hemos apuntado, y se encuentra doctrinalmente inmerso dentro del apartado de la violencia familiar que, como la violencia en general, se producen como resultado de la capacidad de los seres humanos para producir daño a otros. Dentro del estudio de su **etiología**, sobresalen como **factores de riesgo** determinantes, tanto el **envejecimiento como la dependencia**

El envejecimiento de la población es un hecho sin precedentes, de tal modo que sólo las últimas generaciones han conseguido alcanzar una esperanza de vida tan alta como en el presente, de lo que deriva evidentemente un incremento de las situaciones de riesgo. El descenso de las tasas de mortalidad, el descenso de las tasas de natalidad y los cambios migratorios han concurrido.

Por su parte, **la dependencia** es otro factor de riesgo evidente, entendiéndola como la incapacidad de la persona mayor para valerse por sí misma en las actividades más elementales y necesarias de la vida diaria; suele aumentar con la edad, siendo los principales riesgos de caer en ella: ser mujer, viuda y con bajos ingresos.

18.1.8.- En sus diversas modalidades, el maltrato a las personas mayores – como venimos afirmando- es un fenómeno constante que se produce en nuestra sociedad y se acomoda a los nuevos modos de vida. **Nuestros ámbitos** de estudio han sido: a) familiar (las personas estudiadas tienen su residencia habitual en su propio domicilio); b) institucional (los mayores se encuentran internos en residencias, asilos u otros centros); y comunitario (protagonizado por la sociedad civil, en abstracto: accesibilidad y participación).

18.1.9.- Lo más prudente en el ámbito del Maltrato a Personas Mayores, como en otras facetas de la vida, lo que resulta más aconsejable es **la prevención** de los hechos que hayan de originar el daño. En la Guía de actuación¹⁴⁶ se recogen una serie de aspectos prácticos a tener en cuenta.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia se ocupa de este aspecto y otorga al sistema público de servicios sociales la tarea fundamental para hacer efectivo el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

¹⁴⁶ IMSERSO, 2006: 141 (Moya Bernal, A., Barbero Gutiérrez, J. (coord.) Malos tratos a mayores

18.1.10.- Los ancianos maltratados o en riesgo de serlo requieren **unos cuidados determinados** cuyo tenor dependerá de la Institución o persona responsable de dispensarlos, lo que en líneas generales recaerá, bien en el Estado (residencias, hospitales, etc.), en la familia (de hijos a padres, etc.), o en el mercado (servicios con fines de lucro) u otras instituciones (organizaciones sin fines de lucro, etc.). El tipo de atenciones viene dado por la institución o personas que las provean, por la situación de quien las recibe, y por el contexto en el que se desarrollan tales atenciones.

Las personas que tienen dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria, se enfrentan a cuatro posibles alternativas de cuidado: a) percepción de cuidados informales; b) percepción de cuidados formales - reglados; c) mezcla de cuidados formales e informales; o d) no percepción de ningún tipo de cuidado.

Serán las circunstancias individuales y colectivas en cada caso las que vengán a determinar el tipo de atención que reciba el afectado.

18.1.11.- Por su gran relación con el fenómeno del envejecimiento, merece la pena resaltar **el acontecimiento de la jubilación** que tiene incidencia en la persona mayor, tanto en su ámbito emocional como en el social, puesto que supone, además de un cambio de contexto, un cambio de rol con profundas repercusiones en el proyecto vital. En la vejez se produce un desplazamiento de los intereses personales desde el mundo del trabajo al del tiempo libre de la persona, resultando a ser el momento de la vida en que mayor número de situaciones conflictivas o estresantes ocurren si tenemos en cuenta la relevancia de la pérdida del trabajo que puede suponer cambios en la economía familiar, normalmente en el sentido de una disminución del poder adquisitivo, además de una alteración de las relaciones sociales y personales con cambios relevantes del rol ocupado hasta entonces. El anciano, por el solo hecho de serlo, no se convierte en un enfermo, pero sí se enfrenta a una situación de riesgo colocándose en la antesala de la fragilidad, además de fisiológica, de orden psicológico.

18.1.12.- El de las personas mayores es el grupo social que ha recibido, hasta el momento, menor atención, tanto por parte de los diversos profesionales que les atienden de forma directa, como por parte del resto de actores sociales (medios de comunicación, legisladores, educadores, policía, administradores, jueces, etc.).

Para la Organización Mundial de la Salud el “**envejecimiento activo** es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida con la vejez”, en una definición que resulta breve, pero cuyo contenido supone una obra permanente inacabada por parte de los poderes públicos y de la propia sociedad, de tal modo que se produce con enorme reiteración ese negativismo derivado de la falta de objetivos en esta etapa de la vida. Y ello con independencia de las modernas tendencias que, sobre la base de la denominada revolución del bienestar, aluden a un período de transición durante toda nuestra vida y especialmente, desde la edad adulta hacia la vejez¹⁴⁷.

El edadismo suele pasar desapercibido, pero se detecta en el ambiente en cada momento y en cada rincón, de tal modo que **la detección del maltrato** a las personas mayores no suele ser objeto de una atención precoz ni meticulosa, puesto que el hecho en sí mismo carece de una atribución de relevancia habitualmente, si se sale de los parámetros del maltrato físico u otra modalidad detectable a simple vista.

18.1.13.- Aunque pueda resultar políticamente incorrecto afirmarlo, lo cierto es que al maltrato a las personas mayores- del que venimos ocupándonos- no se le concede la relevancia que fuera de desear por parte de ningún estamento social. Pero son los propios afectados quienes sufren las propias **consecuencias** de esta falta de atención a base de secuelas de gravedad diversa.

Para algunas personas mayores, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves. Se trata de personas físicamente débiles y vulnerables cuyos sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Una lesión relativamente leve en un adulto mayor puede causar daños graves y permanentes.

Sin embargo, el efecto más frecuente del maltrato de los ancianos de carácter psicológico, sustanciándose en la depresión y la baja de defensas, trayendo con ello más enfermedades, envejecimiento más rápido y el deseo de morir. Un anciano deprimido tiende a morirse más rápido.

¹⁴⁷ Se trata de la denominada **gerontolescencia**, en terminología de Alexandre Kalache.

18.1.14.- Una parte de la doctrina actual considera que “no hay un **Derecho penal propio de las personas mayores** ni debe haberlo: no debe haber un Derecho penal orientado a proteger de forma diferenciada e independiente a un determinado sector de la población, ni siquiera si éste se halla en situación de desigualdad o de vulnerabilidad por cualquier causa y fuera preciso dispensarle una protección penal más intensa”¹⁴⁸

Cabría la posibilidad, no obstante, de una opinión diferente que partiese de la base de considerar la conveniencia de crear una legislación que amparase directa y llanamente a las personas mayores en su condición de “especial vulnerabilidad” de modo semejante a como se ha legislado en violencia de género en los últimos tiempos, y muy recientemente en relación con el maltrato infantil, buscando esa “discriminación positiva” capaz de neutralizar la tradicional y evidente baja valoración de este segmento social en nuestra sociedad a lo largo de los siglos

18.2.- Conclusiones trabajo de campo:

Se ha desarrollado el trabajo de investigación mediante la aplicación de los cuestionarios cuyo detalle ha quedado expuesto. El **trabajo de campo** se ha elaborado a partir de **sendas muestras** obtenidas en las Comunidades Autónomas de Castilla La Mancha y Valencia y concretamente, en las localidades de Albacete y Torrent (Valencia) basándose en cuestionarios: uno para el ámbito institucional y otro para el ámbito comunitario.

La elección de ambas localidades se ha realizado teniendo en cuenta el número de habitantes, eligiendo, en la Comunidad Valenciana la localidad más parangonable con Albacete por tener aproximadamente la mitad de los habitantes. El resto de las poblaciones eran menos pobladas y la capital de Valencia, de población mucho mayor.

En el orden práctico de cara a la cumplimentación de los cuestionarios por parte de las personas mayores, el primer paso fue la entrevista con la dirección de los centros elegidos y visitados, dando a conocer la finalidad y el contenido del proyecto, de tal suerte que el personal del centro que se ha encargado de la coordinación del trabajo ha venido a ser el mismo del departamento de asistencia social de cada uno.

¹⁴⁸ (Alonso Álamo, M; Javato Martín, A.Mª. Valencia, 2010. Página 39).

La colaboración de este tipo de personal ha resultado determinante por las razones que se exponen a continuación:

1.- Se detectó al inicio del proceso la gran reticencia por parte de las personas mayores a responder las preguntas del cuestionario a persona desconocida, como era el caso, resolviéndose de mutuo acuerdo, como solución más viable que los mismos asistentes sociales irían desarrollando el proceso.

2.- La extensión del cuestionario requería la utilización de un tiempo excesivo para requerir la atención de los encuestados, inmersos en otro tipo de actividades. Con la solución adoptada, los propios asistentes sociales acomodaban los espacios temporales a las conveniencias organizativas.

3.- La relativa dificultad del cuestionario le hacía, a veces, insubsanable para algunas de las personas elegidas que, en ocasiones tenían dificultades de comprensión y cumplimentación, lo que quedó perfectamente subsanado con la modalidad elegida basada en la entrevista directa con los encuestados con algún caso aislado en el que la propia persona mayor requería cumplimentar personalmente algunos apartados del cuestionario al considerarse capacitada para ello.

18.2.1. Ámbito institucional

El Módulo A) se ocupa de los aspectos sociológicos relacionados con la información emanada de los cuestionarios.

Nuestra muestra ha estado configurada por personas mayores comprendidas entre los 65 años a 90 y más, predominando la población en la franja de 75-84 años, con clara superioridad de las mujeres, lo que puede obedecer a la mayor esperanza de vida en el sexo femenino. Tres de cada cuatro tienen hijos (entre dos y cinco) predominando el número de cuatro, siendo el de viudo el estado civil mayoritario.

Una mayoría está en situación institucionalizada de larga estancia (superior a un año en ambas comunidades autónomas),

En relación con la **percepción del estado de salud**, tres de cada cuatro consideran encontrarse entre regular y muy bueno y uno de cada cuatro entre malo o muy malo, pareciendo más pesimistas los varones en este ámbito.

Los resultados de la cuestión y sus respuestas han resultado de una gran utilidad en el posterior desarrollo del trabajo. Aunque el sesgo en la respuesta “Regular” ha obtenido la mayor frecuencia, se observa una percepción positiva del estado de salud sin grandes diferencias según el sexo y con mayor frecuencia en las respuestas positivas en la Comunidad de Castilla La Mancha.

A) Bienestar personal

1.- Partimos de la base de que las personas – y por lo tanto nuestros consultados- no reaccionamos ante los estímulos en sí mismos considerados, sino ante la interpretación que hacemos de ellos, siendo nosotros quienes teñimos de diversos modos una realidad que es neutra con arreglo a nuestras circunstancias.

Partiendo de esa base, en cuanto a la **percepción del nivel de bienestar personal**, destaca el número de quienes manifiestan hallarse entre normal y muy alegres (siete de cada diez). El módulo se ocupa de cuestiones que hacen referencia tanto a la percepción con que se manifiestan nuestros encuestados (alegre, triste, etc.) en tres aspectos: a) su propia descripción (contento, feliz, seguro, etc.); b) acontecimientos significativos vividos recientemente o c) personas de diversos ámbitos pueden ayudarle en un momento determinado.

La **percepción de las personas consultadas** suele ser positiva en condiciones normales, alcanzando ocho de cada diez respuestas entre el Regular, Bueno y Muy bueno, con mayor frecuencia en las mujeres, registrándose una mayor incidencia de respuestas positivas en la comunidad de Castilla La Mancha sobre la de Valencia. Cabe destacar en este punto la escasa relevancia de **acontecimientos vividos** en los últimos meses por parte de los consultados, a quienes esencialmente les preocupan los fallecimientos de personas próximas seguido del deterioro físico propio o del compañero, con clara preponderancia de frecuencia en el sexo femenino.

Por lo que respecta a las **personas que prestan estímulo, ayuda o apoyo** en diversos instantes de la vida, suele ser en la familia cercana o en los profesionales en quienes se depositan esperanzas de ayuda (uno de cada dos), con muy poca relevancia de la familia lejana, los amigos o los vecinos.

2.- Se aprecia una gran relación entre la percepción del bienestar y el estado de salud, de tal manera que quienes consideran su estado de salud como muy malo se sitúan en la negativa percepción de su estado de bienestar y viceversa.

Para la autoevaluación, el cuestionario tiene hasta diez cuestiones que han sido fraccionadas en cuatro grupos, en razón de una cierta afinidad de contenido.

Las tablas de contingencia se han elaborado partiendo de la relación entre los dos aspectos: a) percepción del bienestar; y b) estado de salud. Tanto para su estudio pormenorizado como para la representación gráfica de los resultados, se han unificado los términos iniciales del cuestionario, y así, en cuanto a la reiteración de comportamientos, se han englobado los términos del siguiente modo:

“Casi siempre” y “Con frecuencia” se unifican para dar lugar al enunciado que va a ser considerado como “Frecuente”.

Al propio tiempo, las variables “A veces” y “Casi nunca” se han unido bajo el epígrafe “Poco frecuente”.

En relación con el estado de salud percibido, se establecieron tres grupos:

“Mala salud” que comprende las respuestas “Muy malo” y “Malo”.

“Buena Salud” que engloba las valoraciones, “Bueno” y “Muy bueno”.

En la zona intermedia queda la respuesta “Regular” que ha evidenciado su condición de sesgo en la cuestión.

3.- La unión de las tres variables del grupo 1º, cuyos chi cuadrado indican significación perfecta, producen el repetido resultado de que, en un estado de buena salud, el bienestar personal adquiere mayor frecuencia y viceversa, información que se repite cuando el tratamiento se fracciona y se refiere a cada una de las tres variables:

A) Estoy contento; B) Me siento feliz; D) Me siento seguro, destacando la mayor frecuencia de A) y D), sin grandes diferencias según el sexo, como se ha ido poniendo de manifiesto a lo largo de este trabajo. Las conclusiones obtenidas de los bloques 2º, 3º y 4º quedan expuestas dentro del cuerpo del trabajo en páginas anteriores, con atención, en algún caso, a la variable edad.

4.- En aras de la claridad expositiva se ha desglosado del relato previo, todo lo concerniente a la comunidad autónoma en la que se producían las consultas, poniendo en relación esa variable con el bienestar percibido, siguiendo el mismo agrupamiento por bloques y obteniendo las conclusiones que se han ido exponiendo y que pueden sintetizarse en el criterio general de que, para condiciones semejantes, suele darse mayor número de respuestas positivas de bienestar en Castilla La Mancha, lo que podría interpretarse como una derivación del inferior nivel socioeconómico de aquella comunidad.

5.- Del bloque de **acontecimientos significativos vividos recientemente** se deduce que, en primer lugar, se encuentran los fallecimientos de personas cercanas, seguido del deterioro físico propio o del acompañante, aspectos ambos en los que se produce mayor incidencia por parte del sexo femenino. Adquieren muy escasa relevancia otras facetas de la vida, como las rupturas matrimoniales de miembros de la familia, la situación económica familiar o los cambios de domicilio, resultando muy llamativa la gran similitud existente en las respuestas a esta cuestión entre las Comunidades Autónomas.

6.- En un análisis del apartado relativo a la **autoevaluación emocional** podemos resaltar conclusiones del siguiente tenor:

Una mayoría se toma muy en serio los acontecimientos normales de la vida lo que puede ser origen de una evidente disminución del bienestar y de forma paralela, también la mayoría manifiesta estar contenta casi siempre, lo mismo que sentirse feliz.

Existe una relación significativa entre el **estado de salud** y las variables (Estoy contento; Soy feliz; Me siento seguro), en la dirección de que a mejor estado de salud los mayores están contentos, son felices y se sienten más seguros, del mismo modo, que aquellos mayores que manifiestan estar contentos, ser felices, sentirse seguros, etc. (**percepción del bienestar**), son los que con mayor frecuencia se manifiestan alegres y viceversa. No se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que indica que las emociones positivas y negativas se dan por igual en ambos sexos, con escasa o nula intervención de la edad.

7.- En el bloque (Me tomo las cosas muy en serio (muy a pecho); Intento hacer frente a las adversidades evitando las dificultades) se ha encontrado que también existe una relación significativa entre las variables y el **estado de salud** pero, si se analizan las casillas de la tabla de contingencia se comprueba que en el caso de “Me tomo en serio...” la relación tiene un carácter negativo; esto es, cuanto peor es el estado de salud, más se preocupa el entrevistado, resultando la relación contraria ante la evitación.

Con respecto a (Desearía ser tan feliz como otras personas que parecen serlo; Pensamientos no importantes rondan por su cabeza y le incomodan; Sensación de peligro o miedo sin razón) viene a concluirse que cuanto mejor es el estado de salud de los encuestados, menos importancia le dan a la felicidad que puedan tener otros, careciendo de pensamientos obsesivos (rumiativos), o miedos irracionales.

No se producen diferencias significativas en las cuestiones (Tiene a menudo decepciones que no puede sacar de la mente; Le preocupan cosas que realmente no son importantes). Las frecuencias de respuesta de los diferentes niveles del estado de salud a estas preguntas se distribuyen homogéneamente entre las posibles respuestas, quedando evidenciado que un mejor estado de salud se traduce en un estado emocional positivo y viceversa.

Por **Comunidades Autónomas** se aprecian diferencias según el origen de las respuestas, de modo que en Castilla La Mancha viene a darse una equivalencia entre las frecuencias de este estado de ánimo, mientras que en la Comunidad Valenciana el hecho de estar contento es menos frecuente que su contrario.

8.- El apartado siguiente se refiere al número de **personas que suelen estar disponibles para acompañar al anciano** cuando son necesitadas por ellos en diversos instantes de la vida, la mayoría manifiesta no tener a ninguna persona con quien contar ante una necesidad de estímulo, ayuda o apoyo, salvo en la familia cercana.

Se manifiesta mayor confianza en los diversos profesionales (médico, sacerdote, notario u otros), con quienes conviven los mayores, que en los vecinos o en los amigos.

9.- Una gran mayoría considera tener suficientemente cubiertas tanto sus **necesidades físicas como afectivas**, con bastante similitud entre las dos comunidades autónomas y una incidencia ligeramente superior en el caso de las mujeres sobre los hombres, evidenciándose que cuando la persona consultada se encuentra en la franja de los denominados “tristes”, considera menos positiva la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como afectivas.

Desde una perspectiva comparativa en la **percepción de tener cubiertas las necesidades físicas y afectivas**, resulta que la relación entre esta variable y el estado de salud percibido es significativa e indica que con un mejor **estado de salud** es más positiva la percepción de tener cubiertas las **necesidades tanto físicas como afectivas** resultando también significativa su relación con la **percepción de bienestar**.

De lo anterior se deduce que cuando la persona consultada se encuentra en la franja de los tristes, considera menos positiva la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como afectivas.

10.- A la consulta sobre si “mantiene relación y recibe **visitas de sus familiares o amigos**”, la respuesta viene a resultar positiva y en el caso de recibir visitas a diario son más de tres veces superiores en mujeres que en hombres, registrándose un volumen ligeramente superior en Castilla La Mancha, constatándose también que un mejor estado de salud se corresponde con mayor frecuencia en la recepción de visitas y lo mismo con un mayor bienestar personal.

11.- Se toman en consideración, seguidamente, una serie de variables que tienen relación con aspectos diversos de la convivencia, como el transcurso diario de la vida en la Institución o las relaciones personales con familiares, cuidadores o directivos, evidenciándose la conformidad de los consultados con **el respeto a la intimidad** que ambos sexos perciben, resultando frecuente el sentimiento de **soledad o aburrimiento** con mayor incidencia en el sexo masculino y también menor en los interrogados de Castilla La Mancha.

Si el estado de salud es bueno y la percepción del bienestar es positiva los sentimientos de soledad o aburrimiento son menos frecuentes que en la situación contraria.

12.- En cuanto a las respuestas a la cuestión acerca de **cómo trata el personal del Centro (cuidadores y directivos)** a quienes visitan a la persona mayor consultada, los resultados suelen ser positivos y muy similares para ambos sexos como también similares en ambas Comunidades tratadas.

La gran mayoría se manifiesta de forma positiva ante la cuestión sobre **cómo se lleva con los cuidadores** que le atienden, a nivel personal, destacando la mejor consideración que otorgan el número de mujeres sobre el de hombres y con valores similares según las comunidades autónomas. Existe una relación más positiva para un buen estado de salud y una favorable percepción del bienestar.

Cuando se trata de los **responsables de la dirección** del Centro, los términos de las respuestas vienen a ser similares, aunque con ligero incremento de las positivas y una significativa superior frecuencia para las mujeres.

Resulta sorprendente el hecho de no darse una relación significativa entre el estado de salud y la relación con los directivos, pero sí en cuanto a la variable “bienestar personal” y la relación con los directivos.

13.- Finalmente, los consultados se refieren a su **estado en la Residencia, en líneas generales** con una valoración mayoritariamente positiva, donde vuelven a destacar las calificaciones de las mujeres, existiendo un mejor resultado global en Castilla La Mancha. Para este caso, entre la percepción del estado de salud y bienestar personal se aprecia que con una percepción positiva de ambas variables el estado general se valora de modo más favorable y viceversa.

B) Maltrato

Para la valoración de este módulo, es importante tener en cuenta la relevancia del binomio autonomía-dependencia, a la hora de determinar las situaciones de **Maltrato**, de cuya reflexión se deduce que una mayoría necesita ayuda para alguna de sus actividades, en un tenor equivalente a decir que solo uno de cada cuatro se considera independiente para el desempeño de las denominadas actividades de la vida diaria (AVD), mientras que tres de cada cuatro precisan algún tipo de ayuda, de modo que solamente un porcentaje menor se desenvuelven con autonomía en su vida diaria.

B.1.- Una mayoría **necesita ser ayudado** en más de dos y hasta cinco actividades básicas de la vida diaria. (Baño, vestido, aseo, comer, medicación).

En su relación con el personal de la Institución, una de cada diez de las personas que necesitan ayuda manifiestan tener problemas con el cuidador y un porcentaje similar prefiere no contestar a la pregunta (casi el doble de mujeres que de hombres), negativa que induce a pensar en una hipotética respuesta positiva.

Por comunidades autónomas, en porcentajes similares (entre siete y ocho de cada diez) la población consultada precisa ayuda para ciertas actividades.

B.2.- En el sentido de si alguien le ha **impedido realizar determinadas actividades**, como estar con la gente que quería estar u otras acciones una mayoría se expresa de forma negativa, si bien hasta uno de cada cinco manifiestan sentir algún tipo de falta de libertad para desenvolverse a su gusto, no existiendo grandes diferencias entre las respuestas de hombres y de mujeres. Se constata una cierta diferencia entre Comunidades, por cuanto la manifestación de no haber tenido impedimentos para realizar determinadas actividades es respondida con un 93,5% en C-Mancha y un 57,5% C-Valenciana. La mayor parte de los que manifiestan haber sido víctimas de esta conducta indican que la circunstancia ha sido reiterada.

B.3.- Cerca de la mitad confiesa haberse sentido **avergonzado o amenazado** en alguna ocasión (con mayor incidencia en el caso de los hombres) y conducta reiterada, lo que se detecta con mayor frecuencia en la C-Valenciana frente a Castilla-La Mancha.

B.4.- Ante la pregunta de si alguien ha intentado obligarle a **firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad** la respuesta negativa es la mayoritaria, si bien aproximadamente uno de cada cuatro responden afirmativamente o eluden responder, con superior porcentaje de hombres.

Desde el punto de vista de comunidades autónomas, más de la mitad de los consultados en C-Valenciana manifiestan haber sido objeto de fuerza para **la firma de documentos**, y un porcentaje mínimo en C-Mancha, con minorías que no contestan. Sobre la mitad de los consultados se manifiestan afirmativamente acerca de la reiteración de conductas abusivas en los aspectos económicos. Uno de cada cuatro contesta de modo negativo, sin grandes diferencias por razón del sexo de los consultados. Según las respuestas al cuestionario, amenazas, tocamientos o daño físico se han producido cuatro veces más en la C-Valenciana, según estos datos. Próximo a la mitad, no contestan a la pregunta acerca de la reiteración de conductas de amenaza o miedo y las mujeres responden afirmativamente en mayor número negándose a contestar en mayor número.

B.5.- Además de los malos tratos que acaban de ser estudiados, es conveniente también analizar cómo se sienten los entrevistados con respecto a su entorno social en la institución. Las cuestiones que se comentan ahora hacen referencia a los miedos (maltrato psicológico) que los internos puedan sentir por la situación en la que se encuentran.

Gran parte de los mayores institucionalizados manifiesta no **tener miedo** a alguien del personal cuidador del Centro no dándose grandes diferencias entre hombres y mujeres a este respecto. **Compañeros, cuidadores y directivos** (por este orden) suscitan miedos a uno de cada diez consultados, sin relevantes diferencias por sexo y con una cantidad semejante que prefiere no contestar.

Una mayoría manifiesta no tener miedo a alguien del **personal directivo** del Centro. Las respuestas a esta cuestión tienen semejanza con las de la anterior, pero las proporciones son inferiores, significando que los miedos son más frecuentes frente a los cuidadores que ante el personal directivo, sin grandes oscilaciones por sexos.

Sin embargo, manifiestan tenerle miedo a **los compañeros**, uno de cada cinco, mientras que una mayoría contesta negativamente o no contesta. También se pone en evidencia que los hombres tienen miedo a los compañeros en superior porcentaje que las mujeres y también omiten la respuesta en porcentaje superior.

En todos los **niveles del miedo** influye el **estado de salud**, de tal manera que con un mejor estado, la sensación de miedo es menor. Y lo mismo – de forma casi idéntica- se produce el fenómeno en relación con la **percepción del bienestar**

Y en referencia a las situaciones de miedo, tres de cada cuatro responden negativamente a la consulta sobre si tiene **miedo a pedir las cosas que quiere o necesita**, sin grandes diferencias entre hombres y mujeres, pero con mayor frecuencia en el caso de peor estado de salud

B.6.- A la pregunta sobre si alguien en este Centro trata de **burlarse de usted o le recrimina** constantemente, uno de cada tres responde afirmativamente con mayor incidencia de hombres; y más de la mitad lo hacen de forma negativa. A mejor estado de salud y mayor percepción de bienestar, la sensación de recriminación o burla es menor.

B.7.- Con una percepción negativa del estado de salud y del estado de bienestar, una importante mayoría de los consultados prefiere **estar solo a menudo**. La gran relevancia que se aprecia tanto del estado de salud como a la propia percepción del bienestar de los consultados en la incidencia de otras variables, vuelve a darse ante la consulta acerca de la **recepción de las visitas** en el Centro de residencia, de modo que las personas que se sienten más tristes sufren mayor incomodidad ante las visitas.

Con un buen estado de salud, la recepción de visitas no significa incomodo de forma mayoritaria. En todo caso, son los hombres quienes manifiestan sentirse incómodos en mayor porcentaje que las mujeres.

B.8.- Tomamos en consideración dos modalidades de lo que vamos a denominar maltrato o abuso económico: la primera aludiendo a haber sido **forzado a firmar documentos** contra la voluntad de la persona mayor firmante, de lo que ha sido víctima una de cada diez personas, aproximadamente y en la que se producen diferencias en virtud del consultado, duplicándose el fenómeno contra las mujeres en relación con los hombres.

Y la segunda, al hecho de **tomar cosas sin consentimiento** del propietario anciano, de modo que uno de cada dos mayores han sido objeto de abusos contra su propiedad y responde afirmativamente a la consulta de si alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento, con mayor incidencia en mujeres que en hombres.

Más de la mitad responde negativamente a la cuestión relativa a si alguien le ha dicho que genera demasiados problemas, con escasas diferencias por género.

Las dos cuestiones siguientes podrían considerarse relacionadas con el maltrato físico o la violencia; y así ante si alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño tres de cada cuatro responden negativamente, si bien dos de cada diez prefieren no responder a la pregunta. En la misma línea y en relación con si alguien cercano le ha amenazado o atemorizado tocándole de forma que no le guste o le dañe físicamente, uno de cada diez responde afirmativamente con mayor incidencia por parte de las mujeres; y en ambos casos, uno de cada cinco prefieren no contestar a la pregunta.

C) Grado de dependencia

Tal como se ha comentado en el módulo anterior, el Módulo D) ha planteado cuestiones relacionadas con el nivel de **dependencia** para el desarrollo de las AVD de las personas consultadas.

Los resultados citados muestran que una persona de cada cuatro consultadas se consideran independientes en las AVD (Independiente en las Actividades de la Vida Diaria), mientras que tres de cada cuatro no se consideran absolutamente independientes, y uno de cada diez se considera dependiente total.

Solo una de cada diez personas mayores institucionalizadas se consideran independientes en todas las AVD, o lo que es lo mismo, gozan de total autonomía personal: así, son dependientes ocho de cada diez hombres y nueve de cada diez mujeres. De entre las AVD, el baño y la medicación son las actividades en las que un mayor número de encuestados necesitan ayuda.

Un mayor nivel de dependencia se corresponde con un peor estado de salud y también con una percepción más negativa del bienestar.

D) Dependencia Económica

El **maltrato económico** es un tema del que no gusta hablar demasiado, especialmente las propias víctimas, según se ha deducido de nuestras investigaciones. Este módulo ha pretendido comprobar hasta qué punto se da este tipo de maltrato y de qué modo los encuestados son conscientes del mismo.

Una persona de cada dos manifiesta que percibe su situación económica como autosuficiente y uno de cada diez desconoce esta circunstancia; uno de cada dos manifiesta también que interviene en la administración de sus recursos, bien en solitario o bien con ayuda, mientras que uno de cada diez desconoce quien es el responsable de dicha administración de recursos.

18.2.2.- Ámbito comunitario

Como ya se anunciaba en apartados anteriores, el segundo ámbito de Maltrato al que se hace referencia en este documento tiene que ver con el que hemos dado en denominar Maltrato Comunitario, abordándose dentro del mismo, dos aspectos perfectamente diferenciados, a saber: participación y accesibilidad.

A) Participación

Los datos obtenidos en nuestro trabajo vienen a coincidir con la observación general de la realidad, en virtud de la cual, se aprecia un escasísimo protagonismo de las personas mayores en todo cuanto tiene que ver con la participación en los asuntos públicos, déficit que resulta más resaltante todavía en el sexo femenino. Además, ocurre algo similar en la propia disposición a participar, muy escasa en ambos sexos.

Efectivamente, si conocemos el dato de que más del 22% de la población en nuestro país tiene más de 65 años, o lo que es lo mismo, casi una de cada cuatro personas, es sencillo concluir el desfase de esta proporción con la del número de quienes ostentan cargos de representación en cualquier faceta de la vida pública.

De las respuestas a nuestros cuestionarios deducimos que tres de cada cuatro no ha militado en alguna organización política (partido-sindicato) a lo largo de su vida y, a pesar de manifestarse positivamente, de forma mayoritaria ante la importancia de la participación en los asuntos públicos, lo cierto es que resulta minoritario el porcentaje que estaría dispuesto a participar en alguna responsabilidad (menos de dos de cada diez). Y ello se entiende, al menos, desde dos puntos de vista: por una parte, el perfil psicológico de una persona mayor suele estar teñido de un pragmatismo desprovisto del relativo idealismo que requieren las tareas públicas; a lo que hay que añadir, por otra parte, las dificultades de índole que podríamos considerar logístico: horarios para asistencias a reuniones, movilidad, medios de transporte, etc.

Los consultados manifiestan mayoritariamente su criterio de que no se facilita la participación de las personas mayores ni por parte de los partidos políticos, ni por las instituciones ni por la propia sociedad, siendo los grupos organizados (voluntariado, asociaciones de vecinos, etc.) u organizaciones no gubernamentales los más proclives a la implicación de este colectivo.

No resulta tan negativa la opinión cuando se pregunta acerca de si los poderes públicos favorecen el envejecimiento activo de modo adecuado y eficaz, produciéndose diversidad de respuestas según las experiencias individuales.

En conclusión, parece deducirse que la percepción de las personas mayores consultadas se mueve en la línea de considerar insuficiente la atención de los poderes públicos por la problemática participativa que a ellas les pueda afectar.

Enfocando la participación desde un punto de vista más laboral que político, hemos de tomar en consideración que la actual normativa sobre incompatibilidades no tiene en cuenta otro factor que la edad para su aplicación, sin asumir que pueden existir personas mayores en perfecto uso de sus facultades y con un bagaje de sabiduría que no debiera desaprovecharse por la sociedad actual.

Ha de tenerse en cuenta, por otro lado, que la persona mayor, aunque no sea un enfermo por el hecho de tener edad avanzada, lo cierto es que se encuentra en la antesala de serlo desde diversos puntos de vista y especialmente si su actividad física, psicológica y laboral se anula o se reduce de modo rotundo.

De hecho, uno de cada dos, se manifiesta afirmativamente ante la posibilidad de desempeñar un trabajo remunerado después de jubilado y mientras lo permitan sus condiciones físicas, lo que evidencia una mayoritaria disposición al trabajo tras una jubilación en edades que todavía ofrecen posibilidades de desempeñar actividades.

Tres de cada cuatro personas mayores consideran que el mundo laboral discrimina a los mayores de forma negativa por el solo hecho de la edad, en una nueva modalidad de edadismo, lo cual se corresponde con los datos conocidos de las estadísticas oficiales que indican una mayor dificultad para encontrar trabajo conforme avanza la edad de los petitionarios de actividad.

Dejando aparte la participación en los dos ámbitos que hemos tratado, a saber: política y laboral, nueve de cada diez mayores manifiesta haber tenido impedimentos para participar en las actividades deseadas, mientras que uno de cada diez considera no haber tenido esos impedimentos. Sin embargo en este caso no estamos ante situaciones de Maltrato (que son las que nos ocupan), puesto que los posibles impedimentos (salud, transporte, accesibilidad, precio, desinformación) no han derivado de la acción de alguien cercano, pero sí de otra índole achacable a la propia sociedad.

No existen grandes diferencias según el sexo de los consultados y, en todo caso, puede afirmarse que se produce una mayor incidencia negativa en el sexo femenino.

Como ha quedado patente en otros apartados de este trabajo, la salud es básica en la percepción del bienestar de las personas mayores, quedando constatado que es la salud el principal inconveniente para una participación activa de los mayores en las actividades públicas, lo que expresan casi dos de cada tres.

Una vez abordado el problema de la **participación de las personas mayores** en las diversas actividades de la vida pública y en sus diversos ámbitos: política, social, cultural, etc., así como el origen de las principales dificultades que impiden la misma, con intención de síntesis, podríamos concluir con carácter general:

1.- La participación de los mayores en los asuntos públicos resulta escasa, siendo todavía menor en el caso de las mujeres.

2.- Aunque las personas mayores le conceden importancia, existe muy escasa predisposición a la participación por una serie de factores de diversa índole.

3.- Las Instituciones (comunidades, ong's) suelen propiciar más la participación que los partidos políticos y la propia sociedad.

4.- Se facilita poco – a juicio de los encuestados- el envejecimiento activo por parte del Estado.

5.- El estado de salud se constituye como uno de los principales impedimentos para la participación.

B) Accesibilidad

La **accesibilidad universal** se toma en consideración en este apartado y hace referencia a las posibles limitaciones de carácter personal que impiden un desarrollo normal de la vida social: existencia de rampas, barandillas, ascensores y adecuación arquitectónica en edificaciones privadas, públicas, edificios, medios de transporte y acceso al mundo virtual.

Como se ha venido afirmando en el lugar correspondiente de este trabajo, la Organización Mundial de la Salud considera actualmente que los diversos Estados han de velar porque los seres humanos tengan atendidos los problemas de accesibilidad en todos los ámbitos de su vida.

Entre las limitaciones que afectan a las personas mayores, las de tipo visual ocupan el primer lugar, seguidas de las auditivas y las de base motriz, registrándose en la actualidad un incremento de las que tienen base cognitiva. Como queda apuntado en otro lugar, las limitaciones visuales y auditivas, dentro de su importancia cuantitativa son similares en ambos sexos, detectándose una mayor relevancia para el sexo femenino en las limitaciones de carácter motriz.

Más de la mitad de las personas mayores consideran que el Estado y las Instituciones públicas prestan la atención suficiente a los problemas de accesibilidad, mediante la dotación de rampas con pendientes y anchuras suficientes para acceder a los lugares públicos o bien con la instalación de aparatos elevadores (ascensores) que permitan su movilidad en caso de que la misma sea reducida o que, eventualmente, dependa de silla de ruedas, ocurriendo lo mismo barandillas protectoras y quitamiedos.

En el campo de las señalizaciones (exhibición de símbolos indicadores que caracterizan la accesibilidad) exigidas por la normativa vigente, uno de cada dos entiende que no es suficiente la indicación existente; y la misma proporción viene a estimar que los transportes públicos no están dotados de la pertinente instalación de rampas que faciliten el acceso para sillas de ruedas, si bien, la asistencia al viajero, (conjunto de servicios ofrecidos por empresas de gestión de asistencia) actúa de modo adecuado para solucionar cualquier inconveniente que se presente durante el viaje.

Como se afirma anteriormente, las limitaciones de tipo visual ocupan el primer lugar, seguidas de las auditivas y las de base motriz; y en relación con ello, diversa normativa de todo rango se ocupa de regular el uso de la lengua de signos española y los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y con sordoceguera; y como consecuencia se ha ido incrementando progresivamente la adopción de mecanismos tendentes a subsanar esa deficiencia, incluyendo los semáforos en los pasos de peatones dotados de señales auditivas, o los propios intérpretes de lenguaje de signos en actos públicos o espectáculos

La accesibilidad a la web se encuentra todavía en un proceso de desarrollo inicial y uno de cada dos ancianos consultados considera encontrar dificultades, sobre todo, visuales y motrices.

A modo de síntesis (en relación con la accesibilidad) podemos considerar que:

1.- Existen diversas motivaciones que dificultan la accesibilidad (visuales, auditivas, motrices, cognitivas,...). Ocho de cada diez personas mayores consultadas manifiesta tener limitaciones para su movilidad normal.

2.- Las limitaciones visuales son las más numerosas seguidas de las auditivas. Las dificultades motrices se producen con mayor frecuencia en las mujeres.

3.- Una de cada dos personas considera que las Instituciones prestan suficiente atención a la problemática de la accesibilidad, dándose diversos criterios en cuanto a la existencia de rampas adecuadas a los accesos, anchuras y pendientes, aparatos elevadores o barandillas de protección, así como los semáforos en los cruces.

4.- No existe en las personas mayores la adecuada información relacionada con el acondicionamiento y dotación de los transportes públicos para los problemas de acceso a los mismos y movilidad.

5.- Aunque el uso de la lengua de signos y el apoyo a la comunicación oral se va incrementando a buen nivel, en realidad, la percepción de los mayores es negativa, si bien por falta de información al respecto.

6.- Con independencia del incipiente desarrollo de las medidas encaminadas a facilitar la **accesibilidad web**, existe un gran desconocimiento de la materia por parte del colectivo de personas mayores que no suele ser usuario habitual de estos medios.

18.3.- Otros aspectos de reflexión

En este apartado nos proponemos agregar algunas ideas que pudiendo ser dignas de tomar en consideración, hemos preferido no incorporarlas al cuerpo de conclusiones, tanto por razones de brevedad como de oportunidad. El bloque completo podríamos considerarlo como el preludeo de un nuevo trabajo sobre la misma temática y complementario de lo hasta ahora elaborado.

Indudablemente, el estudio de la cuestión del maltrato a las personas mayores siempre será una tarea inacabada y susceptible de nuevas aportaciones tanto en el campo teórico como desde un punto de vista práctico. En esa línea, esbozamos lo que podría ser un guión para una nueva aportación haciendo referencia a nuevos objetivos y nuevas hipótesis, todos ellos complementarios o derivados del presente trabajo

A este respecto, nos cabe el planteamiento de **nuevos objetivos**, a saber:

1.- Analizar las causas, características, situaciones, lugares y actores relacionados con el maltrato al mayor en el ámbito familiar, institucional y comunitario.

2.- Descubrir situaciones y aspectos preventivos relacionados con el maltrato al mayor en el ámbito familiar, institucional y comunitario, para implementar en nuestro contexto social iniciativas, medidas, programas relacionados con la detección y manejo del maltrato a las personas mayores en los diferentes ámbitos.

3.- Conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida y salud, dependencia-independencia, accesibilidad y participación de las personas mayores en diversos lugares.

4.- Planteamientos e indagaciones teóricas relacionadas con la posibilidad o conveniencia de implementar iniciativas legislativas que hagan referencia a nuestro tema de modo similar al tratamiento que se produce en el caso de violencia de género o relativo a los menores

Y del mismo modo, una serie de propuestas de nuevas hipótesis:

1.- El Maltrato a las Personas Mayores es un fenómeno que existe en nuestra sociedad, con diversas tipologías y en distintos ámbitos.

2.- Las modalidades de Maltrato se presentan de las formas más diversas.

3.- Muchos casos de Maltrato permanecen ocultos para la sociedad.

4.- El Maltrato a las Personas Mayores constituye una fuente cuantiosa de sufrimiento de personas especialmente vulnerables.

5.- La sensibilización social ante el fenómeno del Maltrato a las personas mayores es insuficiente y se tiende a minimizar su gravedad.

6.- Existencia real del edadismo. Circunstancias en torno a la discriminación de las personas mayores por el solo hecho de serlo influyen en la intensidad del Maltrato.

7.- Los mayores perciben la vida de forma mayoritariamente optimista. Las motivaciones e intereses personales de los Mayores difieren considerablemente de las personas de menor edad.

8.- El estado de salud influye muy significativamente en la percepción del bienestar y en los casos de Maltrato.

9.- El sexo modifica la incidencia de las diversas formas de maltrato a personas mayores.

10.- La edad es un factor determinante en la incidencia del Maltrato.

11.- Además del sexo, la edad y el estado de salud, otros factores influyen en la incidencia del Maltrato.

12.- Posibles matices derivados del lugar de residencia, en virtud de las diversas legislaciones derivadas de la capacidad normativa autonómica en este ámbito.

13.- Las personas mayores institucionalizadas suelen gozar de una aceptable calidad de vida.

14.- En las instituciones dedicadas al acogimiento de personas mayores, actualmente se cubren adecuadamente las necesidades físicas y psicológicas.

15.- Las relaciones personales de los mayores con sus entornos vienen a resultar adecuadas en las Instituciones (Residencias).

16.- El respeto a la intimidad es considerado como suficiente en todos los casos sin diferencias reseñables tanto por sexo como por comunidad autónoma.

17.- Diversas formas de dependencia afectan a las personas mayores que se encuentran institucionalizadas.

18.- Entre los institucionalizados existe una mayoría de personas dependientes en algunas actividades de la vida diaria, muy especialmente en el baño y la medicación.

19.- El nivel de dependencia puede influir en la incidencia del Maltrato.

20.- A mejor estado de salud, menor situación de dependencia y viceversa.

21.- La sociedad ejerce Maltrato a personas mayores por acción u omisión.

22.- La economía no suele ser un problema muy importante para las personas mayores, que suelen mostrar conformidad con su situación. En la misma línea, no suelen conocer quiénes administran sus bienes ni les preocupan otras circunstancias, con escasas diferencias por sexo.

23.- El derecho a la Accesibilidad Universal propugnado por la Organización Mundial de la Salud y otros Organismos Internacionales no siempre puede ser disfrutado por los afectados de ciertos niveles de dependencia.

24.- Semejante circunstancia se produce por lo que se refiere a la Participación.

25.- Existen diversos niveles de participación en la vida pública por parte de las personas mayores: actividades políticas, sociales, culturales, etc., que obedecen a circunstancias diversas.

26.- No se cumple adecuadamente y con carácter generalizado la normativa que regula todos los aspectos relacionados con la Accesibilidad

19.- ANEXOS

Anexo I) Cuestionario. MALTRATO EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

Anexo II) Cuestionario. ÁMBITO COMUNITARIO. Participación

Anexo III) Cuestionario. ÁMBITO COMUNITARIO. Accesibilidad

Anexo IV) Instrumentos de detección (I)

Anexo V) Instrumentos de detección (II)

Anexo VI) Datos demográficos (I)

Anexo VII) Otras tablas de contenido diverso

Cuestionario. MALTRATO EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

CARTA INTRODUCTORIA.

Las siguientes preguntas están relacionadas con el maltrato a las personas mayores. Con el objeto de estudiar estos temas, hemos elaborado este cuestionario para responderlo con usted mismo / a. Una vez terminado será introducido en un sobre y cerrado. Los sobres sólo los abrirán especialistas, quienes no tendrán acceso a ningún dato sobre los participantes en este proyecto de investigación. El anonimato de sus respuestas queda absolutamente garantizado.

Sabemos que a veces no es fácil responder a cuestiones acerca de la vida privada. Sin embargo, frecuentemente existen problemas en ella, y dentro de la propia familia, que solamente se pueden resolver mediante el conocimiento de todo lo que los rodea. Siendo sincero/ a en sus respuestas, usted puede hacer una contribución realmente útil para que en el futuro se puedan prevenir y detectar antes de que sea demasiado tarde, mejorando las posibilidades de asistencia. Por esta razón estaríamos muy agradecidos si usted colaborase con nosotros respondiendo este cuestionario.

Queremos aprovechar esta oportunidad para agradecerle su colaboración.

Anexo I) Cuestionario. MALTRATO EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

MÓDULO A) Aspectos sociológicos:

EDAD:_____ SEXO: 1: Hombre; 2: Mujer AÑO NACIMIENTO:_____

ESTADO: 1: Soltero; 2: Casado; 3: Viudo; 4: Separado; 5: Divorciado; 6: Pareja

¿Tiene hijos? 1: Sí; 2: No; NÚMERO DE HIJOS:_____

A-1.- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este Centro?

Unos días	Más de un mes	Más de tres meses	Más de un año	Varios años
1	2	3	4	5

A-2.- ¿Cuál es su estado de salud?

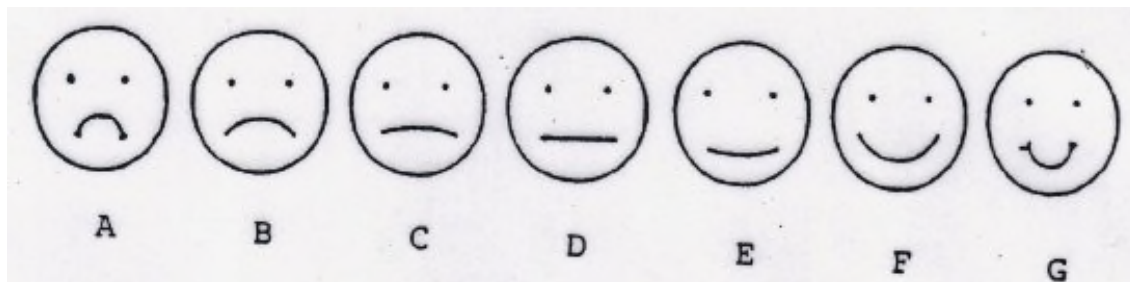
Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

MÓDULO B) Bienestar personal:

B-1.- Voy a mostrarle varias caras, las cuales ilustran diferentes sentimientos. Bajo cada una de ellas hay una letra.

Cuando piensa en su vida en general, ¿cuál de estos aspectos describe el modo en que se siente? Por favor, seleccione el estado relevante.

Sólo se rodea una letra.



B-2) Describa los acontecimientos más importantes (o sucesos vitales) vividos en los últimos 12 meses.

- | | |
|---|---|
| 1.- Ninguno | 2.- Fallecimiento |
| 3.- Divorcio (propio o en la familia) | 4.- Deterioro físico paciente o quien convive |
| 5.- Cambio situación financiera | 6.- Hijos/nietos se trasladan o marchan |
| 7.- Trasladarse de casa de hijo /familiar | 8.- Otro (especifíquese)_____ |

B-3) Encontrará varios estados en esta lista que pueden ser utilizados para describirse a sí mismo. Para cada estado, por favor, responda la respuesta que mejor describa la forma en que se siente en general. Por favor, señale la letra y el número de su respuesta.

Estado en que se encuentra		Casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca
A	Estoy contento				
B	Soy feliz.				
C	Me tomo las cosas muy en serio (muy a pecho).				
D	Me siento seguro.				
E	Intento evitar hacer frente a las crisis o dificultades que me encuentro.				
F	Muchas personas parecen ser felices ¿Desearía ser tan feliz como ellas?				
G	Pensamientos no importantes rondan por su cabeza y le incomodan.				
H	Tiene decepciones tan malas que no puede sacarlas de su mente.				
I	Le preocupan demasiado, cosas que no son realmente importantes.				
J	Tiene sensación de peligro o miedo sin ninguna razón.				

B-4) En esta lista, tenemos diferentes grupos de gente. ¿Quién y cuántas personas de esos grupos están con usted cuando necesita estímulo, ayuda o apoyo?.

Vayamos a la lista:

Si nadie de los siguientes grupos está ahí cuando los necesita, dígalos.

En otro caso, dígame el número de gente por cada grupo.

(Indique el número para cada grupo. Si no hay nadie, diga "0").

	Personas de referencia	Número de gente
A	De su familia cercana (esposo/ a, compañero/ a, padre/ madre, hermanos/ as, hijos/ nueras, hijas/ cuñados/ as) ?	
B	¿De su familia más lejana (abuelos, tíos, primos, nietos)?	
C	¿De su círculo de amigos o conocidos?	
D	¿De sus vecinos?	
F	¿De otro círculo de personas que son profesionales disponibles para aconsejar o ayudar, (doctor, sacerdote, notario u otros)?	

B-5) ¿Tiene cubiertas aquí todas sus necesidades? (comida, calor, medicamentos)

Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

B-6) ¿Y sus necesidades afectivas? (cariño, simpatía, conversación, atención)

Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

B-7) ¿Considera que se respeta su intimidad convenientemente?

Nunca	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	A diario
1	2	3	4	5

B-8) ¿Experimenta habitualmente sentimientos de soledad y/o aburrimiento?

Nunca	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	A diario
1	2	3	4	5

B-9) ¿Mantiene relación y recibe aquí visitas de sus familiares o amigos?

Nunca	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	A diario
1	2	3	4	5

B-10) ¿Cómo trata el personal del Centro (cuidadores y directivos) a quienes le visitan?

Nunca	Raramente	Algunas veces	Con frecuencia	A diario
1	2	3	4	5

B-11) A nivel personal, ¿cómo se lleva usted con los cuidadores/as que le atienden?

Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

B-12) ¿Y con los responsables de la dirección del Centro?

Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

B-13) Finalmente, ¿cómo se encuentra usted en esta Residencia, en líneas generales?

Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

MÓDULO C) Maltrato:

C-1.- ¿En alguna ocasión, alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-1-a.- En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-2.- Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o en alguna ocasión le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-2-a.- En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-3.- ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-3-a.- En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-4.- ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-4-a.- En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-5.- ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-5-a.- En caso afirmativo ¿esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-6.- ¿Tiene miedo a alguien del personal cuidador en este Centro?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-7.- ¿Tiene miedo a alguien del personal directivo de este Centro?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-8.- ¿Tiene miedo a algún compañero/compañera en este Centro?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-9.- ¿Alguien en este Centro trata de burlarse de usted o le recrimina constantemente?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-10.- ¿Prefiere estar solo a menudo?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-11.- ¿Se siente incómodo con alguien de su familia u otras personas que le visitan?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-12.- ¿Tiene miedo a pedir las cosas que quiere o necesita?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-13.- ¿Alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-14.- ¿Alguien le ha dicho que usted da demasiados problemas?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

C-15.- ¿Alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño?

Sí	No	No contesta
----	----	-------------

MÓDULO D)

Grado de Dependencia:

D-1.- El paciente es: Señale con una cruz. Relacione las personas, si procede

Independiente: Actividades de la Vida Diaria (AVD)			Personas que le ayudan
En todas las AVD	En algunas AVD	Completamente Dependiente	

D- 2.- Indique en qué tipo de actividades precisa ayuda para poder realizarlas:

Necesita Ayuda	Baño	Vestido	Aseo	Comer
Sí				
No				

D- 2. a.- Indique en qué tipo de actividades precisa ayuda para poder realizarlas:

Necesita Ayuda	Medicación	Comprar	Transporte	Movilidad
Sí				
No				

MÓDULO H)

Dependencia Económica:

H-1.- ¿Cómo cree que es su situación económica?

Autosuficiente	Parcial dependencia	Total dependencia	Lo desconozco

H-2.- ¿Quién administra sus recursos?

Yo mismo	Yo, con ayuda	Otros	Lo desconozco

H-3.- ¿Alguna vez se ha preocupado de que su dinero no se administra como Vd. desea?

Sí	No	No contesta	Lo desconozco

Anexo II) Cuestionario. ÁMBITO COMUNITARIO. Participación

MÓDULO A) Aspectos sociológicos:

EDAD: _____ SEXO: 1: Hombre; 2: Mujer AÑO NACIMIENTO: _____

ESTADO: 1: Soltero; 2: Casado; 3: Viudo; 4: Separado; 5: Divorciado; 6: Pareja

¿Tiene hijos? 1: Sí; 2: No; NÚMERO DE HIJOS: _____

Módulo L) Participación

L-1) Cuando era joven, ¿participó en actividades sociales en alguna ocasión?

Sí _____ No _____ No aplicable _____ Resistencia a responder _____

L-2) ¿Llegó a ser miembro (concejal, diputado, etc.) de alguna Institución Pública?

Sí _____ No _____ No aplicable _____ Resistencia a responder _____

L-3) ¿Ha sido militante de alguna organización política (partido – sindicato)?

Sí _____ No _____ No aplicable _____ Resistencia a responder _____

L-4) ¿Considera importante la aportación de los mayores a las cuestiones públicas?

Sí _____ No _____ No aplicable _____ Resistencia a responder _____

L-5) ¿Está usted dispuesto a participar, ahora, en alguna responsabilidad pública?

Sí _____ No _____ No aplicable _____ Resistencia a responder _____

L-6) ¿Considera que los partidos / sindicatos facilitan la participación a los mayores?

Sí _____ No _____ No aplicable _____ Resistencia a responder _____

L-7) ¿Y otras instituciones civiles? (voluntariado, comunidad de vecinos, etc.)

Sí _____ No _____ No aplicable _____ Resistencia a responder _____

L-8) ¿Cree que la sociedad en general facilita la participación de los mayores?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

L-9) ¿Le parece que los poderes públicos favorecen el “envejecimiento activo” de modo adecuado y eficaz?

Nada_____ Muy poco_____ Poco_____ Bastante_____ Suficiente_____

L-10) ¿Cree que la percepción de un subsidio de jubilación tiene que ser necesariamente incompatible con el desempeño de cualquier otro tipo de actividad remunerada?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

L-11) ¿Estaría usted dispuesto, una vez jubilado, a desempeñar un trabajo remunerado mientras se lo permitan sus condiciones físicas?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

L-12) ¿Considera que la sociedad y, concretamente el mundo laboral, discriminan a los mayores de forma negativa por el solo hecho de la edad?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

L-13) ¿Cree que tiene suficiente contacto con sus hijos, familiares, amigos, vecinos, etc.?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

L-14) ¿Alguna vez, alguien cercano a usted le ha impedido participar en actividades sociales?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

L-15) ¿Qué le impide participar en las actividades que usted desearía? (Si – No)

La salud	El transporte	Accesibilidad	El precio	Desinformación

Anexo III) Cuestionario. ÁMBITO COMUNITARIO. Accesibilidad

Módulo M) Accesibilidad Universal

M-1) ¿Se encuentra usted afectado por algunas de las limitaciones que se indican?

	TIPO DE LIMITACIÓN				
	Visual	Auditiva	Motriz	Cognitiva	Otras
Sí					
No					

M-2) ¿Los accesos al lugar donde usted vive se encuentran convenientemente adecuados para poder ser utilizados con silla de ruedas o con movilidad reducida?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-3) ¿Existen rampas con las condiciones adecuadas para facilitar el acceso a los edificios públicos y monumentales que usted frecuenta?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-4) ¿Las rampas poseen una pendiente adecuada y una anchura suficiente como para permitir un tránsito cómodo con su silla de ruedas u otros aparatos similares?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-5) Cuando no hay rampas o como complemento de las mismas, ¿existen aparatos elevadores (ascensores) que permitan su movilidad en caso de que la misma sea reducida o que, eventualmente, dependa de silla de ruedas?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-6) ¿Hay barandillas protectoras y quitamiedos instaladas en los lugares peligrosos por donde usted transita?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-7) Los cuartos de aseo de los lugares públicos que usted visita, ¿se encuentran adecuados a sus condiciones de movilidad reducida?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-8) Las puertas y los pasillos por los que usted transita, ¿tienen la anchura conveniente para permitir y facilitar su acceso y maniobrabilidad?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-9) Los edificios y lugares que usted frecuenta, ¿tienen en lugar visible el símbolo indicador de la existencia de las características exigidas para la accesibilidad?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-10) ¿Los transportes públicos que usted utiliza están dotados con rampas para facilitar el acceso a las sillas de ruedas?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-11) ¿Funcionan adecuadamente los servicios de ayuda al viajero cuando han sido solicitados por usted como consecuencia de sus limitaciones de movilidad en viajes?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-12) ¿Suele haber en los actos públicos a los que asiste alguna persona interpretando lo que dice el protagonista, en lenguaje de signos, para personas con limitaciones auditivas?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-13) ¿Están dotados con señales auditivas los semáforos en los pasos de peatones por lo que usted transita?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-14) ¿Encuentra mecanismos cuya finalidad sea resolver sus inconvenientes de origen motriz que dificultan su accesibilidad a la web?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

M-15) Las aceras de las calles por las que transita, ¿están adecuadas a la accesibilidad de personas con problemas de movilidad y, especialmente de las sillas de ruedas?

Sí_____ No_____ No aplicable_____ Resistencia a responder_____

Anexo IV) Instrumentos de detección (I)

Autores (año)	Nombre instrumento	Método	Psicometría	Comentarios
<i>Valoraciones de enfoque cuantitativo</i>				
Ferguson AD et al. (1983)	Health Attitudes Living arrangements Finances(HALF)	37 ítems. Requiere entrevista y observación.	No	Una historia social un poco larga. En todos los lugares clínicos. Evalúa víctima y cuidador
Reis M et al (1995)	Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	5 preguntas en un minuto.	Si, concordancia del 86-90%.	Para gente mayor con cuidadores. Rápido. Posible en urgencias y consultas externas. Evalúa víctima y cuidador.
Reis M et al (1995)	Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE)	8 ítems. Puntuación de 4 o más sugiere alto riesgo de abuso. Conviene investigar cada ítem respondido como sí.	α Chronbach 0.71 (abuso físico, psicosocial, económico).	Corto y rápido. Útil para profesionales inexpertos y en la clínica diaria.
Reis M et al (1998)	Indicators of Abuse Screen (IoA)	29 ítems repartidos en 3 categorías; inicialmente eran 48 problemas y 12 ítems demográficos.	α Chronbach 0.92; identifica 78-84% de casos de abuso.	Aplicado por profesionales adiestrados, después de 2-3 horas de valoración. Se rellena en 20 minutos. Evalúa víctimas y cuidadores. Potente instrumento para la investigación y equipos específicos.
Straus M(1978, 1979)	The Conflict Tactics Scale (CTS)	19 ítems auto-respuesta o por entrevista. Se rellena en 10 min.	α Chronbach 0.42-0.88; validez, de concurrencia 0.19-0.80; validez de contenido 0.80; validez de constructo ok.	Versión española validada. Dirigido a abuso físico y asalto no negligencia. Solamente víctima. Se puede administrar en ingresados o no. Amplia experiencia en abuso de personas no ancianas.
Hawlek MA et al (1986, 1991)	Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. (H-S EAST)	Cuestionario de 6 ítems predictivos de abuso Originariamente 1000 ítems después versión de 15 ítems, distribuidos en 3 categorías.	Consistencia interna baja. Tasa falsos negativos alta	Rápida; aplicable en urgencias y consultas. Solamente sobre víctimas. No contempla todos los tipos. La víctima ha de tener buen nivel cognitivo. Versión australiana de 6 ítems diferentes

Anexo V) Instrumentos de detección (II)

Autores (año)	Nombre instrumento	Método	Psicometría	Comentarios
<i>Guías y valoraciones cualitativas</i>				
American Medical Association (1992)	AMA Assessment protocol	Guía ante la sospecha de abuso.	No	Depende de la habilidad del clínico. Todos los lugares. Se evalúa a la víctima.
Johnson D (1981)	Screening Protocols for the Identification of Abuse and Neglect in the Elderly	Recogida de datos que requiere de entrevista y período de observación. Se evalúan 18 áreas.	No	Breve. No lugar especificado. Se evalúa víctima y cuidador. Hace referencia a la etiología.
Quinn MJ y Tomita SK (1981, 1982, 1997)	Harborview Medical Center Elder Abuse Diagnostic and Intervention Protocol	Guía estructurada en 111 puntos en 19 apartados.	No	Larga. Para evaluar el maltrato. Evalúa víctimas y cuidadores.
Rathbone-McCuan E et al (1982)	Case Detection Guidelines	Listado de factores de riesgo y signos de maltrato.	No	Dirigido a profesionales con poca experiencia en abuso. Todos los lugares. Evalúa víctima y cuidador
Fulmer T et al (1984, 1992, 2000, 2002)	Elder Assessment Instrument (EAI)	41 ítems y un comentario. 7 secciones que revisan los signos, síntomas y quejas subjetivas	α Cronbach 0.84 Fiabilidad test-retest 0.83 (p<.0001)	12-15 min. Necesita entrenamiento. Sensible, poco específico. Urgencias, hospital, domicilio. Sirve para derivar a recursos de diagnóstico-intervención. Traducción al castellano.
<i>Modelos combinados, cualitativos y cuantitativos</i>				
	Evaluación Geriátrica Integral	Anamnesis, exploración física e instrumentos validados	Fiabilidad probada en ancianos frágiles	Completa. Sobre víctima y cuidador. Precisa de cuidadores entrenados en geriatría. Aplicable en múltiples lugares.
Bass DM et al (2000)	Screen Tools and Referral Protocol (STRP) Stopping Abuse Against Older Ohioans: A guide for Service Providers	Combinación de diversos instrumentos con protocolo de derivación, material de formación y de intervención.	Sí	En lugares clínicos. Solamente a la víctima. Complejo y completo. Tiene una versión más reducida

Anexo VI) Datos demográficos

Dos comunidades autónomas han sido la base de nuestro trabajo de campo. En Castilla La Mancha, la ciudad elegida ha sido Albacete. En la Comunidad Valenciana se ha procedido a seleccionar un municipio que tuviese alguna relación numérica comparable, de tal modo que, teniendo Valencia una población muy superior, se ha seleccionada la localidad de Torrent con un número de habitantes aproximadamente de la mitad de Albacete como se detalla a continuación.

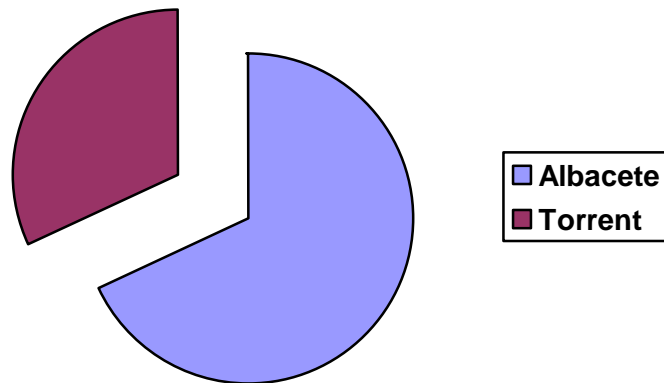
LOS DIEZ MAYORES MUNICIPIOS DE VALENCIA, 2012 Fuente: INE					
Posición	Municipio	Población	Posición	Municipio	Población
1ª	Valencia	807.200	6ª	Alcira	44.982
2ª	Torrente	81.402	7ª	Mislata	43.800
3ª	Gandía	79.010	8ª	Burjasot	38.175
4ª	Paterna	67 356	9ª	Onteniente	37.518
5ª	Sagunto	65.238	10ª	Chirivella	30.633

Las poblaciones de la muestra por franjas de edad y sexo

POBLACIÓN POR SEXO Y FRANJAS DE EDAD						
POBLACIÓN TORRENT			Franja	POBLACIÓN ALBACETE		
Hombres	Mujeres	Total		Hombres	Mujeres	Total
2.659	2.498	5.157	0-4	4.310	4.093	8.403
2.535	2.315	4.850	5-9	4.951	4.449	9.400
2.228	2.161	4.389	10-14	4.639	4.432	9.071
2.167	1.947	4.114	15-19	4.942	4.494	9.436
2.421	2.308	4.729	20-24	5.392	5.140	10.532
2.892	2.798	5.690	25-29	6.018	5.831	11.849
3.855	3.617	7.472	30-34	7.504	6.878	14.382
4.028	3.694	7.722	35-39	7.593	7.486	15.079
3.687	3.255	6.942	40-44	7.152	7.419	14.571
3.069	2.896	5.965	45-49	6.963	7.221	14.184
2.661	2.683	5.344	50-54	5.952	6.436	12.388
2.149	2.319	4.468	55-59	4.582	5.019	9.601
1.920	2.112	4.032	60-64	3.810	4.122	7.932

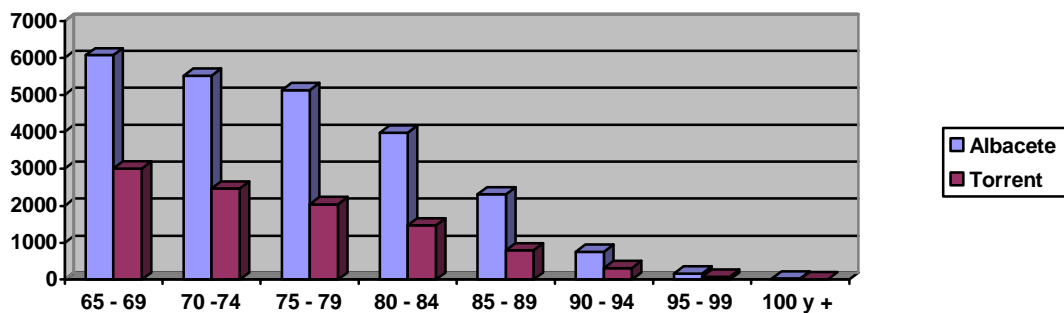
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Proporción de la población de las ciudades de referencia



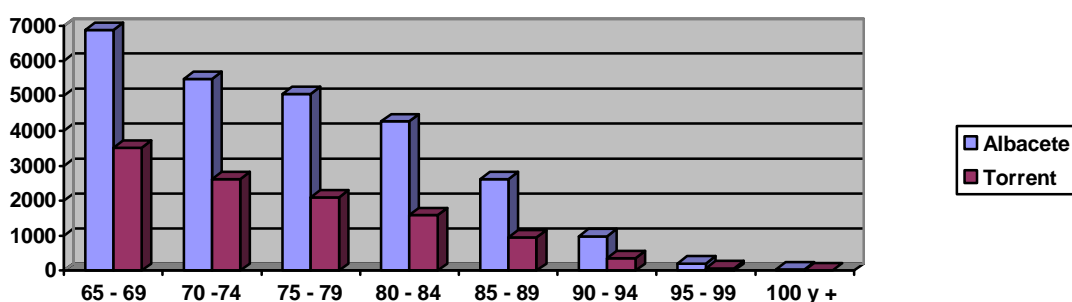
HABITANTES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD 2012						
Grupos	ALBACETE			TORRENT		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65 - 69	2.760	3.313	6.073	1.435	1.577	3.012
70 - 74	2.542	2.973	5.515	1.165	1.302	2.467
75 - 79	2.167	2.961	5.128	839	1.205	2.044
80 - 84	1.541	2.437	3.978	550	924	1.474
85 - 89	811	1.501	2.312	252	546	798
90 - 94	188	568	756	73	239	312
95 - 99	49	122	171	15	70	85
100 y +	6	26	32	2	9	11
TOTAL	10.064	13.901	23.965	4.331	5.872	10.203

Evolución de la población total por localidades. Año 2012

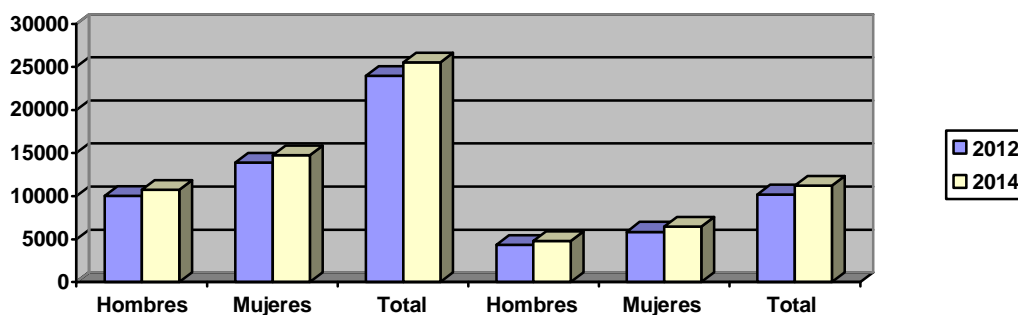


HABITANTES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD 2014						
Grupos	ALBACETE			TORRENT		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65 - 69	3.159	3.722	6.881	1.650	1.862	3.512
70 - 74	2.439	3.038	5.477	1.219	1.394	2.613
75 - 79	2.243	2.814	5.057	893	1.206	2.099
80 - 84	1.664	2.606	4.270	594	994	1.588
85 - 89	911	1.702	2.613	311	648	959
90 - 94	284	697	981	97	264	361
95 - 99	52	160	212	14	59	73
100 y +	6	31	37	2	13	15
TOTAL	10.758	14.770	25.528	4.780	6.440	11.220

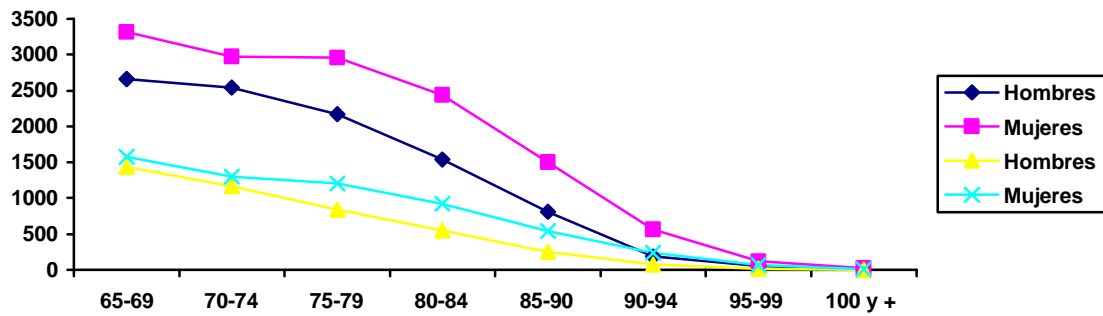
Evolución de la población total por localidades. Año 2014



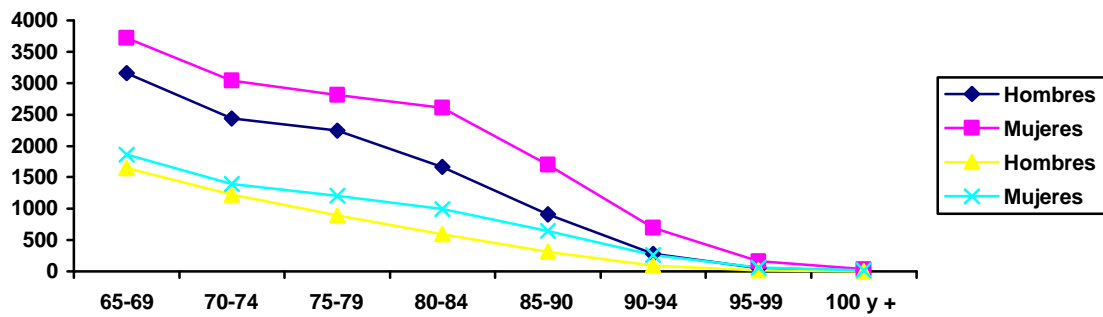
Incremento de población en ambas poblaciones entre 2012 – 2014



Datos correspondientes a 2012



Datos correspondientes a 2014



Las dos líneas superiores indican la evolución de la población en Albacete, por grupos de edad (mujeres - hombres, de más a menos), a partir de los 65 años.

Las dos inferiores transmiten la misma información referida a Torrent.

En ambos casos, los datos están referidos al año 2012.

La gráfica superior recoge los datos referidos al año 2012 y la inferior al 2014, con evidente similitud de forma en ambos casos.

Anexo VII) Otras tablas de contenido diverso

Tabla de contingencia Sexo Edad

		Edad			Total
		>65 a 74	75 a 84	85 a 95 y +	
Hombre	Recuento	14	41	24	79
	% dentro de sexo	17,7%	51,9%	30,4	100%
	% dentro de edad	37,9%	39,0%	27,1%	34,68%
	% del total	6,6%	19,4%	11,4%	37,4%
Mujer	Recuento	20	64	48	132
	% dentro de sexo	15,1%	48,5%	36,3%	100%
	% dentro de edad	62,1%	61,0%	72,85%	65,31%
	% del total	9,5%	30,3%	22,8%	62,6%
Total	Recuento	34	105	72	211
	% dentro de sexo	16,4%	50,2%	33,35%	100%
	% dentro de edad	100%	100%	100%	100%
	% del total	16,1%	49,7%	34,2%	100%

Tabla de contingencia Sexo Estado de Salud

		Estado de Salud					Total
		M. Malo	Malo	Regular	Bueno	M.Bueno	
Hombre	Recuento	1	16	45	14	3	79
	% dentro de sexo	1,3%	20,3%	57,0%	17,7%	3,8%	100,0%
	% dentro E.Salud	25,0%	40,0%	39,1%	31,8%	37,5%	37,4%
	% del total	0,6%	7,6%	21,3%	6,6%	1,4%	37,4%
Mujer	Recuento	3	24	70	30	5	132
	% dentro de sexo	2,3%	18,2%	53,0%	22,7%	3,8%	100,0%
	% dentro E.Salud	75,0%	60,0%	60,9%	68,2%	62,5%	62,6%
	% del total	1,4%	11,4%	33,2%	14,2%	2,4%	62,6%
Total	Recuento	4	40	115	44	8	211
	% dentro de sexo	1,9%	19,0%	54,5%	20,9%	3,8%	100,0%
	% dentro E.Salud	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	1,9%	19,0%	54,5%	20,9%	3,8%	100,0%

Tabla de contingencia Sexo Bienestar personal

	Bienestar personal							Total
	Extrem triste	Muy triste	Triste	Normal	Alegre	Muy alegre	Extrem alegre	
Hombre	3	5	16	28	11	10	6	79
% Sexo	3,8%	6,3%	20,3%	35,4%	13,9%	12,7%	7,6%	100,0%
% B Personal	50,0%	29,4%	38,1%	44,4%	34,4%	29,4%	35,3%	37,4%
% del total	1,4%	2,4%	7,6%	13,3%	5,2%	4,7%	2,8%	37,4%
Mujer	3	12	26	35	21	24	11	132
% Sexo	2,3%	9,1%	19,7%	26,5%	15,9%	18,2%	8,3%	100,0%
% B Personal	50,0%	70,6%	61,9%	55,6%	65,6%	70,6%	64,7%	62,6%
% del total	1,4%	5,7%	12,3%	16,6%	10,0%	11,4%	5,2%	62,6%
Total	6	17	42	63	32	34	17	211
% Sexo	2,8%	8,1%	19,9%	29,9%	15,2%	16,1%	8,1%	100,0%
% B Personal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total	2,8%	8,1%	19,9%	29,9%	15,2%	16,1%	8,1%	100,0%

VARIABLES RECODIFICADAS. AGRUPAMIENTOS EDAD

		Edad			Total
		>65 a 74	75 a 84	85 a 95 y +	
Hombre	Recuento	14	41	24	79
	% dentro de sexo	17,7%	51,9%	30,4	100%
	% dentro de edad	37,9%	39,0%	27,1%	34,68%
	% del total	6,6%	19,4%	11,4%	37,4%
Mujer	Recuento	20	64	48	132
	% dentro de sexo	15,1%	48,5%	36,3%	100%
	% dentro de edad	62,1%	61,0%	72,85%	65,31%
	% del total	9,5%	30,3%	22,8%	62,6%
Total	Recuento	34	105	72	211
	% dentro de sexo	16,4%	50,2%	33,35%	100%
	% dentro de edad	100%	100%	100%	100%
	% del total	16,1%	49,7%	34,2%	100%

TABLA DE CONTINGENCIA ESTADO DE SALUD / NECESIDADES FÍSICAS										
¿Tiene cubiertas aquí todas sus necesidades? (comida, calor, medicamentos)										
Estado de salud	Mal		Regular		Bien		Muy bien		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy malo y malo	1	50,0	15	34,5	23	20,8	5	9,4	44	29,9
Regular	1	50,0	26	59,0	56	50,0	32	60,3	115	54,5
Bueno y muy bueno	0	0,0	3	6,8	33	29,5	16	30,2	52	24,6
TOTAL	2	0,9	44	20,8	112	53,0	53	25,1	211	100

$X^2 = 16,645$; $gl = 6$; $p = 0,011$

TABLA DE CONTINGENCIA ESTADO DE SALUD / NECESIDADES AFECTIVAS												
¿Y sus necesidades afectivas? (cariño, simpatía, conversación, atención)												
Estado de salud	Muy mal		Mal		Regular		Bien		Muy bien		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy malo;malo	3	100	9	33,3	21	30,0	8	10,0	3	9,7	44	20,9
Regular	0	0,0	16	59,2	37	52,8	47	58,7	15	48,4	115	54,5
Bueno y muy bueno	0	0,0	2	7,4	12	17,1	25	31,3	13	41,9	52	24,6
TOTAL	3	1,4	27	12,8	70	33,1	80	37,9	31	14,7	211	100,0

$X^2 = 33,242$; $gl = 8$; $p = 0,000$

TABLA DE CONTINGENCIA: BIENESTAR PERSONAL / NECESIDADES FÍSICAS					
	BIENESTAR PERSONAL				
	Muy triste	Triste	Normal	Alegre	Muy alegre
Mal/Muy mal	0	1	1	0	0
Regular	5	13	19	4	3
Bien	15	27	35	12	23
Muy Bien	3	1	8	16	25
TOTAL: 211	23	42	63	32	51

TABLA DE CONTINGENCIA: BIENESTAR PERSONAL / NECESIDADES AFECTIVAS					
NECESIDADES AFECTIVAS	BIENESTAR PERSONAL				
	Muy triste	Triste	Normal	Alegre	Muy alegre
Mal/Muy mal	4	8	11	5	2
Regular	8	25	25	3	9
Bien	9	8	23	16	24
Muy Bien	2	1	4	8	16
TOTAL: 211	23	42	63	32	51

TABLA DE CONTINGENCIA ESTADO DE SALUD / RESPETO A LA INTIMIDAD												
¿Considera que se respeta su intimidad convenientemente?												
Estado de salud	Nunca		Raramente		Algunas veces		Con frecuencia		A diario		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy malo	1	50,0	0	0,0	3	5,1	0	0,0	0	0,0	4	1,9
Malo	0	0,0	0	0,0	17	29,3	14	20,9	9	11,8	40	18,9
Regular	0	0,0	7	87,5	32	55,1	33	49,2	43	56,5	115	54,5
Bueno	1	50,0	1	12,5	6	10,3	15	22,3	21	27,6	44	20,8
M. bueno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	7,4	3	3,9	8	3,8
TOTAL	2	0,9	8	3,8	58	27,4	67	31,7	76	36,0	211	

TABLA DE CONTINGENCIA COMUNIDAD AUTÓNOMA / SOLEDAD												
¿Experimenta habitualmente sentimientos de soledad y/o de aburrimiento?												
Estado de salud	Nunca		Raramente		Algunas veces		Con frecuencia		A diario		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
C-Mancha	39		18		42		17		8		124	
C-Valencia	0		3		17		35		32		87	
TOTAL	39		21		59		52		40		211	

Sus relaciones personales en el Centro

RELACIONES CON EL PERSONAL DEL CENTRO										
	Mal		Regular		Bien		Muy Bien		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trato a las visitas	4	1,9	32	15,1	132	62,3	43	20,3	211	100,0
Relación cuidadores	4	1,9	60	28,3	87	41,0	60	28,3	211	100,0
Relación directivos	2	0,9	38	17,9	132	62,3	39	18,4	211	100,0
Estado General	20	9,4	63	29,7	76	35,8	52	24,5	211	100,0

TABLA DE CONTINGENCIA ESTADO DE SALUD / SOLEDAD												
¿Experimenta habitualmente sentimientos de soledad y/o de aburrimiento?												
Estado de salud	Nunca		Raramente		Algunas veces		Con frecuencia		A diario		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy malo	0	0,0	1	4,7	0	0,0	2	3,8	1	2,5	4	1,9
Malo	3	7,7	0	0,0	9	15,2	12	23,1	16	40,0	40	18,9
Regular	21	53,8	14	66,6	30	50,8	32	61,5	18	45,0	115	54,5
Bueno	13	33,3	5	23,8	15	25,4	6	11,5	5	12,5	44	20,8
M. bueno	2	5,1	1	4,7	5	8,5	0	0,0	0	0,0	8	3,8
TOTAL	39	18,5	21	9,95	59	28,0	52	24,6	40	19,0	211	

TABLAS DE CONTINGENCIA. Variables relacionadas con "Estado de Salud"			
Cuestión	Chi-cuadrado de Pearson	gl	Sig. asintótica
Necesidades físicas	17,972 a	12	,117
Necesidades afectivas	43,870 a	16	,000
Respeto a la intimidad	51,858 a	16	,000
Sentimientos de soledad	36,799 a	16	,002
Recepción de visitas	34,531 a	16	,005
Trato a visitas por cuidador	34,788 a	12	,001
Relación con cuidadores	77,831 a	12	,000
Relación con directivos	18,925 a	12	,090
Estado general	42,198 a	12	,000

20.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A.(2013) “*Los mayores en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*”. Informes Envejecimiento en red nº 3. Madrid. 27/09/2013.
- Abizanda Soler, P. (2013) “*Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*” Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014.
- Abizanda Soler, P. (2014) “*Fragilidad, el nuevo paradigma de atención sanitaria a los mayores*”. Medicina clínica Vol. 143, Nº. 5, págs. 205-206.
- Alonso Álamo, M; Javato Martín, A.Mª. (2010:39) “*Protección penal de las personas mayores. Cuestiones de técnica legislativa*”, en “*Violencia, abuso y maltrato de personas mayores*”. Tirant lo Blanc. Valencia.
- Barbero Gutiérrez, J. (2006) “*Malos tratos a personas mayores*” Guía. IMSERSO.
- Bazo Royo, M.Teresa. (2004). Revista española de investigaciones sociológicas. Nº 105
- Blackburn, R. (1993). *The Psychology of Criminal Conduct*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Borja Jiménez, E. (2003). *Curso de Política Criminal*. Tirant lo Blanch. Valencia.
- Carbajo Vélez, M.C. Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. Revista de la Facultad de Educación de Albacete, nº 24, 2009
- Carrasco Gorman, Marcela (2007) “*Geriatría y gerontología*”. Displaying.
- Clemente, M. (1995:164). *Fundamentos de la psicología jurídica*. Madrid. Pirámide.
- Fulmer TT. (1989). *Mistreatment of elders. Assessment diagnosis and intervention*. Nurs Clin North Am
- García S., E. (2007.) *El maltrato a los ancianos en el ámbito familiar* Albacete. Altabán
- Garrido, Vicente. (2001). *Amores que matan. Acoso y violencia contra las mujeres*. Valencia. Edit. Algar.
- Hirigoyen, Marie-France. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Hoyos Sancho M. de. (2010). *Violencia, abuso y maltrato de personas mayores*. Tirant, monografías, 732. Valencia.
- Iborra Marmolejo, I.: *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Centro Reina Sofía, Valencia.
- Iborra Marmolejo, I. (2005). “*Violencia contra las personas mayores*”. Ariel.

- Javato Martín, A.M, (2010). “*Protección penal de las personas mayores. Cuestiones de técnica legislativa*”, en “*Violencia, abuso... de personas mayores*” Tirant. Valencia.
- Javato Martín, M.(2010). *Violencia, abuso y maltrato de personas mayores. Perspectiva jurídico-penal y procesal* Tirant. Valencia.
- Jose Ant. Miguel, Mayte Sancho. Antonio Abellán, Vicente Rodríguez. Investigadores del CSIC. *Informe 2000. La atención formal e informal en España*. CSIC. Observatorio de personas mayores.
- Kalache Alexandre. *Envejecimiento activo: un objetivo global*. Gerontología y Geriátrica actual Research, vol. 2013, p. 1-4, 2013. Artículos
- Kalache, Alexandre; Plouffe, LOUISE. *Comunidades que envejecen ambiente: Iniciativas estatales y municipales en Canadá y otros países* Gaceta Sanitaria (Barcelona Ed. impresa), vol. 25, p. 131 2011. Artículos
- Kalache, Alexandre. *Derechos de las personas mayores*. En: Venturi, Gustavo. (Org.). *Derechos humanos: Las percepciones de la opinión pública*. 1ed.Brasília: Departamento de Derechos Humanos, 2010, vol. P. 189-200.
- Kalache, Alexandre. *La Organización Mundial de la Salud y Envejecimiento Global*. En: Robinson, Mary et al .. (Org.). *Salud Global y Global Aging*. 1ed.San Francisco: Josey-Bass, 2007, vol. 1, p. 31-46
- Lachs MS, Williams C, O’Brien S. (1997). *Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study*. Gerontologist.
- Lorente Acosta, Miguel. *Mi marido me pega lo normal*. Realidades y mitos (2001). Barcelona Edit. Ares y Mare. Ed. Crítica
- Macarrón Larumbe, A. (2011). “*El suicidio demográfico de España*”. Homolegens.
- Martínez Maroto, A. (2003). “*Los malos tratos y personas mayores. Un enfoque jurídico*”. Revista Española de Geriátrica y Gerontología.
- Morera Pérez, Blanca. (2006). *Maltrato Psicológico*. En José Luis de la Cuesta Arzamendi (ed). “*El maltrato de personas mayores*”, Instituto Vasco de Criminología.
- Hurkoa Fundazioa, Morillas Fernández, David. (2000). *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología RECPC 02-r4*.
- Moya A, Barbero J. (2003). *Malos tratos en personas mayores: marco ético*. Rev Esp Geriátrica y Gerontología.
- Moya Bernal, A. (2006). “*Malos tratos a personas mayores*” Guía de act. IMSERSO.

Núñez Bello, Miguel. *Revista SESENTA y más*, 10/07/2008. Recogido de Miguel Lorente, médico forense y Secretario de Estado. Ministerio de Igualdad.

Organización Mundial de la Salud, (2002) INPEA. *Voces ausentes*. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. Revista Española Geriatr. Gerontol.

Osuna Carrillo de Albornoz (1999). “*Historia y situación actual del maltrato en el anciano*”. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales- Volumen III*. Ministerio de Justicia, CEJAJ e Instituto de la mujer.

Pillemer K., Finkelhor D. (1988): *The prevalence of older abuse: a random sample survey*. The Gerontologist.

Pujol Rodríguez Rogelio. (2013). “*Los mayores en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*”. Madrid. Informes Envejecimiento en red nº 3. 27/09/2013.

Requesens Torrellas N. (2011). *Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos*. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (Vol. 6 - nº 2 julio-diciembre 2013).

Rogero-García, Jesús. (2009). *Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia*. Revista Española de Salud Pública, Vol. 83, Núm. 3. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.

Rosenblatt CE, Kyung-Hawn C, Durance PW. (1996;44:65-70). *Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians*. *J Am Geriatr Soc*

Rubio Herrera, Ramona. (2007). *El arte de envejecer*. Congreso CEOMA.

Ruipérez Cantera, I. (2004). “*Violencia en el anciano*” Informe del Portal de Mayores, nº 21. *IMSERSO*.

Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Sole M, Sáiz Roca Dolores (2005) en *Psicología Criminal*. U de Barcelona. Pearson Educación, S.A. Madrid.

Sánchez Bañuelos, Fernando. (2010). *La actividad física orientada hacia la salud*. Biblioteca Nueva. Madrid

Sánchez del Corral Usaola, F. (2004). “*Violencia en el anciano*” *IMSERSO*. Informe Portal de Mayores, nº 21

Tubert, Silvia. (2003). *Del sexo al género*. Madrid. Editorial Cátedra.

Velázquez, S. (2003). *Violencias Cotidianas, Violencia de Género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires. Edit. Paidós.

21.- REFERENCIAS DE INTERNET

<http://campus.usal.es>

<http://www.ceapat.org>

www.ceoma.org

<http://ceoma.org/alzheimer/es/programa-desatar>

<http://www.desarrollosocial.gov.ar/onu>

http://www.desarrolloyasistencia.org/web_dya/docs

<http://www.districtometropolitano.es>

<http://dx.doi.org/10.3916/C39-2012-03-10>

<http://www.elderabuse.org.uk/Mainpages/Questions.htm>

<http://www.eljusticiadearagon.com>

<http://www.gitanos.org/areas/voluntariado/cgitana.html>

<http://hdl.handle.net>

www.imserso.es/

www.ine.es/

<http://www.niace.org.uk>

<http://noticias.juridicas.com>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi>

www.post55.es/

<http://www.seniorwatch.de>

<http://tecnologiaedu.us.es>

<http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>

<http://www.vanguardia.com.mx/guiaparataralosabuelos>

