

1. EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES. INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INSTITUCIONAL*

Abuse of the elderly. Instruments for the detection institutional abuse

J. DANIEL RUEDA ESTRADA**
FCO. JAVIER MARTÍN MARTÍN***

Resumen

El objeto de este artículo es el de presentar a profesionales e investigadores un conjunto de instrumentos para la detección del maltrato a personas mayores que viven en centros residenciales. La violencia, especialmente dirigida hacia los sectores de población más vulnerables, como las personas mayores y, particularmente, a quienes tienen limitaciones para llevar una vida autónoma, se está convirtiendo en una de las lacras más execrables de la sociedad.

Distintos estudios ponen de manifiesto que las personas mayores empiezan a ser un colectivo tan importante como el de las mujeres o los niños en aspectos de maltrato.

* Recibido: 17/11/2010
Revisado: 20/12/2010
Aceptado: 07/02/2011

** J. Daniel Rueda Estrada
Universidad de Valladolid. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Facultad de Educación y Trabajo Social. Valladolid. España
Paseo de Belén, 1
47011 Valladolid. España
E-mail: jdrueda@soc.uva.es
Tel. 983 423 287

*** Fco. Javier Martín Martín
Universidad de Valladolid. Departamento de Filosofía (T.^a e Historia de la Educación).
Facultad de Educación y Trabajo Social. Valladolid. España
Paseo de Belén, 1
47011 Valladolid. España
E-mail: fjmartib@fffc.uva.es
Tel: 983 184 602

Desde esta perspectiva, la Universidad de Valladolid ha realizado un estudio orientado a validar unos instrumentos de investigación que permitan conocer la magnitud del problema del maltrato en el medio institucional.

En este artículo se hace un breve resumen de los fundamentos teóricos que han orientado la elaboración de estos instrumentos y su validación, presentándolos como herramientas que puedan ser empleadas o adaptadas para realizar otros estudios y poder comparar resultados.

Palabras clave: personas mayores, maltrato institucional, instrumentos de medida.

Abstract

The object of this article is to introduce professionals and researchers to a group of instruments to detect the abuse of the elderly who live in residential centers. Violence, especially towards the most vulnerable sectors of the population, such as the elderly and, particularly those who are not autonomous, is becoming a loathsome trait of society.

Different studies show that the elderly are becoming an at risk group for abuse just as women and children. From this perspective, the University of Valladolid has carried out a study oriented to validate some research instruments that will evidence the magnitude of the problem of abuse in institutions.

In this article a brief summary of the theoretical foundations that has guided the elaboration of these instruments and their validation are made, presenting them as tools that can be employed or adapted to carry out other studies to be able to compare results.

Keywords: Elderly, institutional abuse, instruments of measurement.

I. Introducción

El presente artículo recoge una fase de la investigación sobre el maltrato a personas mayores realizada por un equipo de investigación de la Universidad de Valladolid.

La investigación ha tenido diferentes fases; la primera de ellas consistió en recopilar información sobre diferentes estudios y líneas de investigación, de ámbito nacional e internacional, con el fin de fundamentar teóricamente la fase operativa del estudio de campo. Fruto de esta etapa es la publicación del libro, editado por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, titulado *El maltrato a personas mayores. Bases teóricas para su estudio* (2008). La segunda fase del proyecto ha consistido en la elaboración y validación de instrumentos para la detección del maltrato a personas mayores en el ámbito institucional.

En este artículo presentamos estos instrumentos, validados mediante diversas técnicas, entre las que destacamos la valoración de expertos de diferentes entidades: profesionales del ámbito residencial, gestores de residencias, inves-

tigadores sobre temas de maltrato a personas mayores, alumnos de un posgrado en servicios sociales para personas mayores y personas con discapacidad, impartido en la Universidad de Valladolid y la aplicación de una prueba piloto (pretest) en diversas residencias de personas mayores, públicas y privadas, de Castilla y León. El resultado de esta fase está recogido en el documento *Validación de instrumentos para una investigación sobre la percepción del maltrato a personas mayores en Castilla y León. Diseño de la investigación y Manual de Apoyo*, que actualmente se encuentra en espera de publicación por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, estando inscrito en el Registro General de la Propiedad Intelectual con el n.º 00/2009/3463.

Como resultado del estudio teórico de la investigación del maltrato se ha presentado una comunicación en el VII Congreso Estatal de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, celebrado en Granada del 9 al 11 de abril de 2008, con el título «La protección de los derechos de las personas mayores: consideraciones teóricas sobre los abusos y malos tratos hacia las personas mayores. Investigación sobre el maltrato institucional en Castilla y León», cuyos autores son J. D. Rueda y N. de la Red Vega. En el Congreso Estatal de Sociología celebrado en Pamplona en julio de 2010, se presentó otra comunicación con el título «Consideraciones teóricas sobre los abusos y malos tratos hacia las personas mayores en Castilla y León». El contenido de este artículo refleja algunos aspectos planteados en dichas comunicaciones.

A través de este medio queremos no solo aportar el conjunto de los instrumentos elaborados sino también plantear algunas de las cuestiones teóricas que fundamentan la elaboración de dichos instrumentos. Por ello, de manera breve, señalamos algunos aspectos que nos ayudan a enmarcar la fundamentación teórica que inspira la elaboración de las herramientas que presentamos.

Los instrumentos que se muestran pretenden medir la prevalencia del maltrato institucional en personas mayores que, de forma permanente y después de un periodo de ingreso superior a los seis meses, tienen como domicilio un centro residencial y son atendidos por profesionales.

2. Punto de partida

Actualmente se constata un avance significativo en la protección y en los derechos humanos que ha tenido como consecuencia incrementar la demanda de elevar la calidad de vida de todos los ciudadanos y, por supuesto, también de los ciudadanos de edad avanzada. Prácticas que en el pasado podían reflejar una forma de conducta socialmente aceptada y más o menos generalizada hacia las personas mayores, hoy se ven como situaciones que disminuyen o ponen en riesgo su calidad de vida.

El incremento de servicios, tanto públicos como privados, para atender las necesidades y demandas de las personas, la mejor formación y preparación profesional, los cambios sociales en cuanto a valores y reconocimiento de derechos, sin duda han contribuido a garantizar mejor la relación y trato de todos y por lo tanto también de las personas mayores, y han contribuido a generar una conciencia social más sensible hacia situaciones de maltrato, abuso o negligencia hacia muchos colectivos sociales, pero sobre todo hacia las personas mayores.

Aunque pensamos que el problema de los malos tratos hacia las personas de edad no constituye una práctica generalizada en nuestra sociedad, es necesario prestar una mayor atención a determinadas conductas que inducen a estas prácticas, ya sea en el entorno familiar y doméstico en el medio institucional.

Desde esta premisa se inicia el estudio, no con el ánimo de magnificar el problema, sino de adquirir una mayor conciencia sobre los riesgos y consecuencias que muchos de los comportamientos que mantenemos en las relaciones con personas mayores pueden tener sobre la calidad de vida de las personas mayores, tanto en las relaciones de convivencia ordinarias como en las relaciones profesionales. Por ello, la aplicación de los instrumentos que aquí presentamos busca, fundamentalmente, conocer la calidad en el trato que reciben las personas mayores que están siendo atendidas en los diversos centros residenciales. Medir la prevalencia de algunas conductas improcedentes puede ser la base para elaborar estrategias de actuación preventiva o de apoyo a cuidadores, cuyo fin sea el de reducir o eliminar aquellas prácticas que pongan en riesgo o representen un malestar añadido a las personas mayores.

3. Propuesta de una definición operativa sobre el maltrato a personas mayores

En la primera fase del proyecto de estudio sobre el maltrato, nos marcamos como objetivo definir y acotar como objeto de investigación qué se entiende por *maltrato*. Tras la revisión de diferentes aportaciones y estudios, se extrajeron una serie de consideraciones, que con forma de *presupuestos teóricos*, nos permitieron plantear una definición provisional, de carácter operativo, que se fue completando revisando los diferentes tipos y escenarios del maltrato. Este proceso no permitió consensuar los siguientes aspectos que acotaban y definían el objeto de estudio:

- El maltrato es un comportamiento del que se pueden derivar consecuencias penales (dependiendo de los efectos, intencionalidad y frecuencia con que se produzcan) y morales, ya que se trata de una conducta que lesiona

los fundamentos éticos de las relaciones humanas, basadas en la confianza, ayuda mutua y el socorro.

- El maltrato es una conducta activa de la que se deriva un daño físico o moral, independiente de la intencionalidad que persiga el agresor.
- El maltrato se puede producir en cualquiera de las circunstancias vitales y situacionales en que se encuentre la persona mayor: en el entorno cercano y próximo del domicilio, en el medio institucional o en el contexto social más amplio.
- El maltrato produce un dolor innecesario en la persona mayor, ya sea este de tipo físico, moral o emocional.
- El maltrato es un atentado y vulneración de los derechos y de la dignidad de la persona, que se produce como consecuencia del abuso de poder hacia una persona al entender que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad como consecuencia de sus limitaciones, ya sea por razón de edad, género o pérdida de capacidades.
- La negligencia es una conducta que se caracteriza por dejar de hacer aquellas cosas que se deberían hacer para garantizar la mejor calidad de vida de la persona mayor atendida.
- Constituyen actos negligentes hacia las personas mayores el dejar de hacer cosas necesarias para mejorar el bienestar de la persona mayor, por desconocimiento, o el negarse a realizar una actuación conveniente o necesaria, argumentando que, dada la edad de la persona mayor, no procede (sobre todo en el ámbito médico o en instituciones geriátricas).
- Derivado de todas estas premisas entendemos por maltrato cualquier «acto u omisión, que causa daño, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica o económica, atenta contra la dignidad, autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo, realizado de forma intencionada o por negligencia, sobre una persona mayor, y que se produce en el marco de una relación en la que el agresor se considera en situación de ventaja o superioridad sobre la persona agredida, ya sea por razón de género, edad, vulnerabilidad o dependencia» (Rueda, 2008).

En la elaboración de esta definición hemos teniendo en cuenta las que se han adoptado en diferentes foros. Entre otras, mencionamos la propuesta por la Acción Contra el Maltrato de los Ancianos (Actions on Elder Abuse Association, Reino Unido, 1995), adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA): «el maltrato a los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor».

El *Consejo de Europa*, en 1992, define el maltrato como «todo acto u omisión cometido contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar o institucional y que atenta contra su vida, la seguridad económica, la integridad físico-psíquica, su libertad o comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad».

En la I Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado, celebrada en Almería en 1995, se acuerda definir *maltrato al anciano* como «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».

La conocida como Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores define el maltrato «como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión» (OMS 2002).

El Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema «Malos tratos infligidos a las personas de edad avanzada» (Dictamen exploratorio) SOC/279, (Bruselas, 24 de octubre de 2007), recurriendo a la definición de «*Action on Elder Abuse*», adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entiende por *maltrato* «la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana», señalando que, «según los datos disponibles, permiten deducir que las personas de edad avanzada frecuentemente son objeto de malos tratos, a veces generalizados, sobre los que, salvo algunas excepciones, se corre un tupido velo».

Desde un enfoque jurídico, Martínez Maroto (2005) lo define como «aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea este familiar o de otro tipo».

En definitiva, para que se pueda hablar de maltrato es preciso que se den los siguientes elementos:

- Un *vínculo*: expectativa de confianza.
- *Resultado* de daño o riesgo (condición necesaria, no suficiente).
- *Intencionalidad* o no intencionalidad (condición suficiente pero no necesaria).

Es decir, los malos tratos a personas mayores pueden producirse en cualquiera de sus formas tanto por *acción* como por *omisión*, en los que un ele-

mento importante es la relación entre la víctima y el agresor. Los malos tratos a personas mayores se producen por personas de las que, paradójicamente, se esperaría un trato especialmente cuidadoso, fruto de una relación significativa basada en la confianza, desde el propio rol que representan. La *intencionalidad* puede estar en el resultado (dañar, apartar a la persona mayor de todo contacto social, etc.), pero también en la acción-omisión. Para hablar de malos tratos en cualquiera de sus formas, tiene que haber un resultado de daño o *angustia* o, al menos, un riesgo significativo de que esto ocurra, porque la acción o la omisión estén claramente contraindicadas.

4. Tipos de maltrato

Ya hemos visto que el concepto de maltrato es difícil de acotar y de definir, por eso casi todas las investigaciones han diferenciado aspectos del propio concepto hablando de maltrato físico, psicológico, sexual, económico, negligencia, autonegligencia, con el fin de analizar diferentes entornos o áreas del complejo mundo y del poliédrico concepto de maltrato. De modo breve, presentamos los principales rasgos de cada uno de estos tipos:

- *Maltrato físico*: Se define como maltrato físico aquella agresión física intencionada que produce daños y, en casos extremos, la desfiguración o muerte, según la National Aging Resource Center of Elder Abuse (NARCEA). Es, por lo tanto, la imposición por la fuerza física y de manera intencionada de acciones con resultado de daño, dolor o deterioro físico. Se incluye dentro de este tipo de maltrato cualquier acto brusco o violento con resultado o no de lesiones, tales como golpear, empujar, zarandear, pellizcar, pinchar, quemar, tirar del cabello, apretar, agarrar, abofetear, bañar con agua fría o muy caliente, movilización de miembros brusca o dolorosa...
- *Maltrato psicológico*: El maltrato psicológico provoca en el mayor aspectos negativos para la competencia social, emocional o cognitiva. El maltrato emocional o abandono se caracteriza por la negación de afecto, aislamiento e incomunicación. La conducta puede revelar un acto de comisión (abuso) u omisión (negligencia) que afecta al área física o mental del anciano. Se incluye dentro de este tipo cualquier acto que pueda disminuir la dignidad y estima personal, además de generar angustia, consistiendo generalmente en *abuso verbal*: juramentos, insultos, uso de apodos, tuteo, comentarios racistas o sexistas, gritos, amenazas, humillarle, menospreciarle, gastar bromas, crearle ansiedad, etiquetarlo como «difícil», etc.
- *Maltrato o abuso sexual*: Consiste en el desarrollo de cualquier contacto íntimo o actividad de tipo sexual sin el consentimiento de la otra persona.

El maltrato sexual puede ir desde el exhibicionismo hasta la agresión sexual física pasando por caricias. Podemos considerarlo como comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento. Se da maltrato sexual cuando el anciano carece de conocimiento y consentimiento plenos sobre lo que está ocurriendo: acosar o forzar a realizar cualquier acto con intención de lograr satisfacción sexual por parte del abusador, hacer comentarios sexuales, animar a otros residentes a acercarse con intenciones sexuales.

- *Maltrato o abuso financiero*: Entendemos por maltrato o abuso económico o financiero la utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona mayor. Se incluye aquí cualquier comportamiento inapropiado, con o sin consentimiento del anciano, que suponga un beneficio para el abusador o una pérdida de dinero o de otros bienes para el anciano, como racionarle su dinero, exigir dinero por favores o cuidados extra, adueñarse de dinero y pertenencias sin su permiso, sacar dinero de su cuenta bancaria, animarle a hacer regalos al personal, aliarse con la familia en asuntos monetarios turbios, falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio, etc.
- *Negligencia, abandono y omisión de cuidados*: La negligencia es la suspensión reiterada (intencionada o no) de alguna ayuda/cuidado que la persona vulnerable necesite para el desarrollo cotidiano. Se incluye en este tipo una mala provisión de cuidados médicos, o cuidados físicos necesarios para proporcionar unos niveles de salud y sociales adecuados para cubrir las necesidades de esa persona. El abandono también se suele integrar en este tipo de abuso.
- *Autonegligencia y autoabandono*: En la autonegligencia es la propia persona mayor quien pone en peligro o amenaza su propia salud o seguridad, ya que no se proporciona a sí mismo los servicios y productos necesarios, como, por ejemplo, comida, medicinas, tratamiento médico necesario, etc. También puede surgir como consecuencia de un deterioro cognitivo importante y un sistema de apoyo inadecuado.

Como anota López (2003), puede suceder que el maltrato no sea extraordinario ni en las instituciones ni en el entorno familiar, sino lo cotidiano. La institución está por encima del anciano ejerciendo un poder absoluto sobre los residentes, que pasan a depender de las prácticas de los profesionales, que representan y ostentan un poder absoluto sobre su calidad de vida y, por qué no, su calidad de muerte.

En el entorno institucional, López señala una serie de variables predictivas del maltrato que van desde la falta de recursos económicos, hacinamiento, edad avanzada de los usuarios, preparación deficiente del personal, incorrecta dirección del centro, actitud negativa del paciente, conflictividad personal-pacientes o la mala racionalización del trabajo.

En el entorno familiar, la detección es más compleja, ya que las relaciones directas, personales y familiares no facilitan el conocimiento. Solo los profesionales de la salud o de los servicios sociales pueden, en ocasiones, llegar a recabar indicios que les permitan fundamentar una sospecha e iniciar un análisis más profundo a través de entrevistas directas o de observaciones en el propio domicilio. Rara vez se producen denuncias por parte de algún familiar y casi nunca por parte de la *víctima*. Por ello, el maltrato familiar y doméstico, sigue siendo un ámbito desconocido e inaccesible a la investigación de campo.

5. Modelos teóricos aplicados al estudio de los malos tratos

Podemos hablar de tres grandes modelos teóricos que recogerían tres visiones de la violencia, que, aunque no son excluyentes, enfatizan alguno de los tres aspectos a los que aludimos a continuación:

- *Modelo psicológico*: Se caracterizaría por entender que la causa de la violencia se encuentra en las características patológicas del cuidador (trastornos neuróticos o psicóticos, drogas), dependencia económica, alcoholismo o enfermedad mental.
- *Modelo sociológico*: Centra las condiciones sociales, valores y prácticas culturales como factores que estimulan la violencia social y el maltrato a los mayores. El estrés social o laboral –en interacción con factores culturales, ambiente familiar o ambiente institucional– se suman hasta propiciar un comportamiento agresivo. No se deben olvidar los factores económicos, la pobreza social o personal, la precariedad laboral ni el aislamiento social o la falta de apoyos sociales del cuidador.
- *Modelo ecológico*: La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales, y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.

6. Escenarios en los que se produce el maltrato

En cuanto a los escenarios en los que se producen y detectan los malos tratos podemos hablar de tres escenarios diferentes, uno que podríamos denominar *sociocultural*, otro *doméstico* o *familiar*, y, el otro, *institucional*.

El *primer escenario* podemos decir que es el de la cultura y convivencia social, el de las relaciones interpersonales y sociales de tipo general, que viene definido por la cultura, las formas de comportamiento social, la ética ciudadana, las normas sociales y también, en otro orden, por el reconocimiento, respeto y garantía de los derechos sociales y humanos que, a nivel legislativo, deben garantizar a cualquier ciudadano los bienes y servicios necesarios para tener una vida digna. Como señalan algunos estudios, políticas sociales que no garanticen para las personas unos recursos, servicios (sociales, sanitarios, de vivienda, etc.), adecuados, o unas pensiones que permitan hacer frente a las necesidades estándares en el medio social en el que se vive, es una forma de maltrato que también requiere ser tenida en cuenta. No solo la «mala educación», la falta de respeto, la pérdida de valores o la no consideración del valor que las personas mayores pueden aportar a la sociedad y a la convivencia es una forma de maltrato, sino también la que se impulsa desde los gobiernos cuando no se da la protección que determinan las legislaciones. Cabe decir a este respecto que, en algunas investigaciones, este tipo de maltrato es mucho más percibido y denunciado por las propias personas de edad que otras formas más directas de abuso, que consideran son más puntuales e infrecuentes (OMS-SEGG, 2006).

Un *segundo escenario* que ha sido objeto de estudio es el referido al maltrato que sufren muchas personas mayores en su propio entorno social y familiar, en su domicilio o en el domicilio de sus familiares y que es producido por sus «cuidadores», sus hijos, nietos, etc. Este maltrato es difícil de detectar, porque sobre él hay un pacto de silencio tanto por parte de la víctima como por parte del «agresor». Solo a través de indicios, observaciones, incidentes casuales, se puede intuir. Situaciones de abandonos, de negligencias, de falta de comunicación, de actitudes despreciativas, de manipulación de bienes, faltas en la higiene, «explotaciones» o sometimientos a trabajos indebidos o inapropiados para la edad, suelen ser comportamientos que marcan la vida y convivencia de muchas personas mayores, que ven cómo a medida que disminuyen sus capacidades y decae su vitalidad, se ven relegados, desautorizados o simplemente aceptados en la medida en que contribuyen con sus pensiones o con su trabajo a tareas para las que no tienen ya la fuerza moral suficiente. Los abusos en el cuidado de los menores, las largas esperas, la mala o inadecuada alimentación... pueden ser comportamientos que contribuyen a generar un malestar emocional, por lo tanto, un tipo de maltrato psicológico difícil de verbalizar, y que muchos ancianos manifiestan con expresiones referidas a sus ganas de morir.

El *tercer escenario* en el que se producen los malos tratos es el referido al maltrato institucional, es decir, al que se produce en las organizaciones, centros geriátricos, centros de salud, en los que fundamentalmente son los profesio-

nales, por falta de preparación y/o cualificación, por estrés laboral (síndrome del quemado), por sobrecarga laboral, los que contribuyen a generar el malestar o maltrato al anciano. La *infantilización en el trato* (tratar al anciano como a un niño irresponsable del que uno no se puede fiar), la *despersonalización en la provisión de servicios*; la *deshumanización* (ignorar al anciano, despojarlo de su intimidad y negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida), la *privación de la intimidad* o la *victimización* (ataques a la integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, insultos, chantaje, robo o castigos corporales) son algunas de las actitudes que, según Kayser-Jones (1990), se dan en las residencias. Frente a esto, la *negligencia*, tanto *activa* (descuido intencional y deliberado) como *pasiva* (descuido involuntario, debido a la ignorancia o a la escasa reflexión sobre la tarea encomendada) y la *contención física* (ataduras) o la *contención química* (administración de sedantes) suelen ser algunos de los abusos frecuentes en las residencias de personas mayores.

Como señala López (2003), al analizar las características de las residencias en las que terminan muchas personas mayores, existen algunos rasgos que pueden explicar las situaciones de maltrato o de negligencias. Entre otros aspectos, señala que, en las residencias, la falta de vínculos entre los residentes contribuye a que las relaciones sean más impersonales, se pierda parte de la autonomía, privacidad e identidad. Es frecuente que las residencias asuman un modelo de gestión basado en la eficiencia económica, lo que contribuye a perder la perspectiva humana e individual de los residentes, y a que se establezcan procedimientos rígidos y homogéneos o se programen actividades sin procesos de participación. El funcionamiento muy protocolizado de algunas instituciones favorece el trabajo rutinario y dificulta la personalización de los tratamientos, obviando las características personales, la historia, cultura, valores, circunstancias... de las personas residentes. Asimismo, los cambios que se introducen en las residencias se realizan sin contar con la opinión o autorización de las personas que están en los niveles jerárquicos inferiores y sin el conocimiento de las personas atendidas en la residencia. Los códigos éticos de los profesionales que trabajan en una residencia no siempre son coincidentes, lo que puede contribuir a la falta de revisión sobre las prácticas que se realizan. A ello hay que añadir que, con frecuencia, las relaciones entre profesionales y residentes están condicionadas por la prolongada duración de los cuidados, creando una familiaridad que puede tener efectos negativos en el trato que se establece.

7. Factores de riesgo en los malos tratos a personas mayores

Diferentes estudios sobre el maltrato en las personas mayores reflejan diversos tipos de factores y de situaciones de riesgo; unos asociados a la propia persona

mayor, otros referidos a los agresores, sean familiares o profesionales, y otros relacionados con los condicionantes sociales, otros referidos al entorno institucional (Muñoz, 2004, Moya y Barbero, 2006).

- *Factores de riesgo asociados a la persona mayor*, ya sea en las residencias o en su domicilio, guardan mucha relación con el nivel de dependencia y la falta de autonomía por discapacidad física o mental, o ambas al mismo tiempo; con el nivel de autoconciencia de los derechos como persona mayor, y el conocimiento y práctica de uso de los instrumentos para defenderlos; con el carácter de la persona, su manera de ser y de relacionarse; el nivel cultural; los recursos económicos personales; las habilidades personales para las relaciones sociales y ante las instituciones; la existencia o no de apoyos familiares y cómo estén cubiertas las necesidades afectivas. La edad avanzada, viudedad, el aislamiento social, los antecedentes de maltrato doméstico, los frecuentes cambios de domicilio y centro de salud, el empeoramiento del estado de salud, el deterioro físico y/o cognitivo, la demencia, la dependencia funcional, económica, emocional, la depresión, la baja autoestima, convivir con un familiar que es el principal y único cuidador, o el aislamiento social, constituyen otros tantos factores que pueden contribuir a que se produzcan estas situaciones.

- *Factores de riesgo asociados al responsable de los malos tratos (agresor)*. Entre otros aspectos, algunas investigaciones han encontrado correlación con los siguientes aspectos: el agotamiento del cuidador principal cuando se ha asumido esta tarea durante mucho tiempo (sobre todo si debido a ello se entra en una situación de aislamiento social del cuidador), tener problemas económicos o depender económicamente de la víctima, vivir situaciones de estrés o crisis vital reciente por diversas causas (pérdida de trabajo, ser portador de cualquier enfermedad, tener problemas conyugales), padecer alguna dependencia importante de drogas (alcohol, heroína, etc.), sufrir algún trastorno mental, no aceptar el papel de cuidador, no asumir la responsabilidad que ello conlleva o perder el control de la situación, haber vivido experiencias previas de violencia familiar (esposa, niños)...

Aunque todos estos factores de riesgo pueden aparecer en los perfiles de los agresores, no se puede afirmar que todos ellos o alguno sean causas de la agresión, ya que personas que están en estas situaciones no acaban siendo maltratadores.

- *Factores de riesgo estructurales o asociados al entorno*. Entre otros se pueden mencionar las situaciones de pobreza y la falta de recursos, las conductas sociales negativas sobre el valor de la vida de las personas mayores, las débiles relaciones intergeneracionales, la discriminación social por razones de edad...

Refiriéndonos al *maltrato institucional*, podemos señalar como *factores de riesgo* las carencias que se pueden encontrar en los gerocultores, cuando se ocupan de realizar tareas para las que carecen de la formación y preparación adecuada; la escasa motivación y poco reconocimiento profesional y económico (bajos salarios, jornadas intensas) del trabajo que desempeñan; la sobrecarga en el trabajo; la escasez de personal; las estructuras físicas de muchos edificios que no están bien adaptados a las necesidades de los residentes; las inadecuadas y rígidas normas de funcionamiento; la falta de controles e inspección...

Entre los *factores de riesgo atribuibles a los profesionales*, algunos informes señalan la deficiente formación básica y/o especialización rápida e incompleta en gerontología; la dedicación profesional al mundo del mayor por razones fortuitas, sin una preparación previa. A todo esto se unen otros *factores atribuibles al ejercicio profesional*, tales como el corporativismo como elemento que impide la denuncia de situaciones de negligencia, abandono o maltrato; la poca especificidad del contenido del trabajo en el entorno concreto de las residencias y centros de día; la dureza del trabajo, tanto física como psíquica y afectiva; o bien la desmotivación y el cansancio profesional.

8. Algunas referencias a la investigación del maltrato a personas mayores en España

En España, el reconocimiento de malos tratos en ancianos se inicia en 1990, en el congreso celebrado en Toledo. En ese mismo año, Marín y sus colaboradores efectúan la primera aportación pública sobre el síndrome del maltrato y abuso al anciano en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, celebrado en Las Palmas (Marín, Delgado, Aguilar, Sánchez, Gil y Villanueva, 1990). En 1995, en Almería, se realiza la I Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, convirtiéndose en un importante referente sobre el tema (Kessel, Marín y Maturana, 1996).

Una de las investigaciones que más eco ha tenido es la realizada por la doctora Bazo y financiada por el Ministerio de Educación y Cultura, donde se presentan los primeros resultados sobre malos tratos en el entorno familiar en personas de edad en nuestro país. Esta investigación encuentra una prevalencia del 4.7% entre la población atendida en el Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal en los ayuntamientos que constituyeron la muestra (Bazo, 2001). El estudio señala que en el 55% de los casos, los malos tratos han sido perpetrados por los hijos e hijas biológicos y políticos, el 12% por el cónyuge, el 7% por hermanos o hermanas y el 25% por otras personas. El estudio constata que la negligencia es la forma más habitual de maltrato. El maltrato físico es mayor

entre las mujeres, que 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 superior al doble que entre los varones (36 y 15% respectivamente); el abuso *económico* es cuatro veces superior en las mujeres que entre los varones (20 y 5% respectivamente). Resumiendo, la proporción de los varones que sufren desatención física y psicológica es algo mayor que entre las mujeres, mientras que en las mujeres el riesgo de sufrir malos tratos físicos, psicológicos, así como abuso material y sexual, es notablemente mayor que entre los varones. Las mujeres ancianas de más de 75 años y dependientes del agresor son las principales víctimas de los malos tratos.

Por su interés, al utilizar una metodología cualitativa importante, recordamos el estudio realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IM-SERSO) y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (Sánchez del Corral y Sancho Castiello, 2004), en un estudio impulsado por la OMS y el INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor) en el que se recogen las visiones de las personas mayores y de profesionales sobre el maltrato. Es significativo que las personas mayores pongan el acento en los *factores estructurales y sociales* de maltrato. Señalan como áreas de *vulnerabilidad* para sufrir malos tratos las bajas pensiones, la escasez de políticas y recursos sociales para permanecer en el propio entorno y el déficit de dispositivos sanitarios. Asimismo, destacan en la génesis de las situaciones de maltrato la *estigmatización* de la imagen de las personas mayores como sujetos pasivos e improductivos y el *contexto social adverso*.

Las personas mayores que participan de los grupos de discusión que recoge la investigación consideran dos tipos de *abusos*: el *maltrato* propiamente dicho, que correspondería a una grave vulneración de derechos (maltrato físico, sexual, situaciones extremas de abandono...) y que sería muy poco frecuente, diferenciándolo de otras *formas menores* que identifican como *maltrato* o *trato inadecuado*. Igualmente distinguen el maltrato en la *esfera íntima*, mencionando situaciones de explotación en el hogar a que se ven sometidas muchas mujeres, la destitución familiar que se manifiesta en silencios u hostilidad, la expresión de la molestia que causan las personas mayores, el desarraigo por la rotación entre los domicilios de los hijos o por la institucionalización forzosa, la explotación o abuso económico, el abandono y la falta de preparación que tienen muchos cuidadores que se ocupan de asistir a personas mayores con demencias o deterioros cognitivos. En el aspecto más social, señalan como factores de maltrato la falta de dispositivos sanitarios para la atención geriátrica especializada, el comportamiento de muchos sanitarios que explican todos los achaques y déficits de las personas mayores recurriendo a

la edad y la despersonalización que se produce en las residencias, debido a la rigidez de sus normas, que suelen prevalecer sobre otros criterios más personalizados.

Frente a la visión de las propias personas mayores, los profesionales que trabajan con estos colectivos ponen más énfasis en las situaciones de *negligencia*, es decir, en la omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, de forma intencionada o no, y que suelen tener consecuencias negativas para la persona mayor. Los factores relacionados con la higiene, la movilidad y cambios posturales, el incumplimiento de tratamientos o falta de dedicación adecuada para promover la salud y la autonomía personal, son los aspectos más comunes a juicio de los profesionales. Junto a la negligencia también señalan que se producen *abusos*, producidos unas veces por la sobrecarga laboral y por la falta de cualificación y/o motivación de muchos profesionales en otros casos.

En este recorrido sobre la investigación del maltrato en personas mayores hay que mencionar la importante publicación y estudios que se vienen desarrollando en la Universidad de Granada, donde se ha creado un grupo de investigación de Psicogerontología, dirigido por Rubio y Muñoz, quienes además imparten cursos monográficos de doctorado sobre el maltrato al anciano, así como las aportaciones de Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Penhale (2008), quienes vienen también ocupándose de la detección, prevención e intervención ante situaciones de maltrato hacia las personas mayores, sin olvidar todas las iniciativas que se desarrollan desde el IMSERSO.

Otros estudios a citar entre los realizados en España sobre malos tratos son los efectuados por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. En este marco, Iborra (2008) ha presentado el estudio titulado *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, en el que cifra la incidencia del maltrato en España en unas cotas sensiblemente inferiores a las que ofrecen otros estudios anteriores, lo que pone de manifiesto la dificultad de identificar, conocer y cuantificar el fenómeno, que lejos de disminuir, a pesar de la mayor sensibilidad y conciencia social, pensamos que sigue incrementándose.

Para concluir este breve repaso, presentamos las distintas áreas que recogen los instrumentos que presentamos en este artículo. La validez del cuestionario, aplicado mediante entrevista personal, contiene dos filtros previos que aportaron elementos suficientes para dar consistencia y fiabilidad a la herramienta:

- Filtro de expertos para clarificar si los ítems establecidos responden a las características de las personas mayores.
- Un pretest aplicado a personas mayores, realizado en tres residencias públicas y privadas.

Mediante el pretest se comprobaron:

- Las reacciones de los entrevistados a los procedimientos de investigación y a las preguntas relacionadas con temas que se pretendía investigar.
- Lo apropiado de las herramientas de investigación seleccionadas.
- Lo apropiado del formato y redacción del cuestionario y el esquema de entrevistas.
- El tiempo necesario para efectuar entrevistas, observaciones o mediciones.
- La factibilidad de los procedimientos de muestreo señalados.
- La factibilidad de los procedimientos diseñados para el procesamiento y análisis de los datos.

La herramienta específica, aplicada mediante entrevista directa a las personas mayores, precisaba conocer el grado de capacidad de dichas personas, para lo que se aplicó, cuando no se tenía una medida reciente, el test del Mini Mental y el *Índice de sospecha de malos tratos hacia las personas mayores* (EASI: Elder Abuse Suspicion Index), elaborado con la participación de diversos países, del INPEA y la SEGG (Sancho, 2007).

Superados estos filtros se pasa propiamente el cuestionario compuesto por tres partes: ficha para el conocimiento del centro residencial, cuestionario-ficha sobre la persona mayor y el cuestionario estandarizado sobre la percepción del trato. Es decir, las herramientas recogen:

1. *Datos referidos al centro residencial*: ubicación, titularidad, tamaño, precio plaza residencial, recursos humanos, programación de actividades.
2. *Datos de identificación de la persona mayor*: edad, sexo, estado civil, número de hijos, tiempo de permanencia en el centro, nivel de estudios, tipo de trabajo realizado, tipo y cuantía de pensión, situación patrimonial...
3. *Percepción sobre el estado de salud*, para conocer tanto su situación real como la forma de percibir el trato que se le dispensa. En este área se intenta detectar tanto su capacidad o autonomía como las necesidades de apoyo que necesite en diferentes áreas: aseo personal, deambulación y relacional.
4. *Percepción del trato* que recibe tanto de los profesionales de la residencia (dirección, servicios administrativos, auxiliares, personal sanitario...), como de los residente y familiares.

En el instrumento para la detección de los malos tratos entre los residentes se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- *Aspectos institucionales*, con especial atención a la percepción/valoración sobre determinadas prácticas (contención física, contención farmacológica,

- asistencia de cuidados personales o sanitarios...); valoración de servicios (cocina, limpieza, talleres...); trato con los residentes; quejas o denuncias sobre situaciones de negligencia o maltrato recibido o presenciado; conocimiento y valoración sobre comportamientos de respeto, privacidad, etc.
- *Aspectos físicos*: castigos, gritos, empujones, agresiones, hematomas, etc.
 - *Aspectos psicoafectivos*: nivel de integración, comunicación, participación, comportamientos inadecuados o impúdicos de ámbito sexual, etc., en la dinámica y en las actividades de la residencia.
 - *Aspectos económicos-financieros*: respeto a las propiedades, comportamiento de familiares, residentes o profesionales sobre patrimonio y objetos personales (dinero, ropa, joyas...).
 - *Negligencia y abandono*: en aspectos referidos a la vida diaria, salud, integración, etc.

El cuestionario para la detección del maltrato a personas mayores sin deterioro cognitivo consta de 59 ítems, dividido en 9 apartados, tal como se presentan a continuación.

9. Consideración final

Abordar el tema de los malos tratos hacia las personas mayores, responde al objetivo de querer mejorar las relaciones, conductas y convivencia social, garantizar el respeto y la dignidad de las personas, evitar que las personas, por encontrarse en una situación de desventaja, inferioridad, vulnerabilidad o dependencia, puedan ser objeto de abusos o de maltrato.

Conocer la incidencia y prevalencia del maltrato hacia las personas mayores es un reto difícil de alcanzar, pero es totalmente necesario para que puedan diseñarse procesos, servicios, apoyos y ayudas que vayan eliminando estas prácticas, o para que la propia sociedad pueda hacer un examen de su forma de convivir y tratar a las personas mayores, para ver si determinados comportamientos deberían modificarse con el fin de garantizar el respeto y la dignidad entre todas las personas y generaciones.

Definir y clarificar los conceptos de abuso y maltrato, identificar las líneas de investigación que se han llevado a cabo, conocer la prevalencia e incidencia de los malos tratos, constituyen los ejes fundamentales de la elaboración de los instrumentos que presentamos en este artículo.

A través de estos pequeños pasos se puede contribuir a cambiar pautas y formas de hacer que supongan un retroceso en la conquista de derechos sociales. El aumento de la violencia tanto física como psicológica, especialmente contra los colectivos más débiles, no se circunscribe a una determinada capa social,

sino que se extiende a toda la sociedad y se encuentra en el medio institucional y, principalmente, en el familiar. Esto genera un clima de inseguridad que afecta a la calidad de vida de toda la sociedad.

Como señalan muchos estudios, el maltrato tiene un impacto negativo sobre la salud, entendida como bienestar físico, mental y social, ya que contribuye a incrementar las disfunciones en las personas mayores, tales como pérdida de autonomía, de confianza, de seguridad, vida activa, incremento del estrés, la inseguridad, etc., lo cual supone una disminución de los niveles de salud en la población y un incremento de los gastos. Es un reto para los profesionales abordar estrategias de intervención adecuadas, cuyos resultados permitan una mejor convivencia entre las personas.

Referencias bibliográficas

- Bazo, T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 2001, 36, (1), 8-14.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Generalitat Valenciana.
- Kayser-Jones, J. (1990). *Old, alone and neglected: case of the aged in Scotland and the United States*. Londres: University of California Press.
- Kessel, H., Marín, N., Maturana N., Castañeda, L., Pageo, M. M. y Larrión, J. L. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 31, 367-372.
- López, A. P. (2003). Maltrato en el ámbito institucional. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 13 (2), 102-113.
- Marín, N., Delgado, M., Aguilar, J. L., Sánchez, C., Gil, B. y Villanueva, E. (1990). Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 25 (supl.) 66.
- Martínez Maroto, A. (2005). *El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española*. Madrid. IMSERSO, Informes Portal, Mayores, n.º 40.
- Moya, A. y Barbero, J. (coord.), (2006). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Muñoz, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS); Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (2006). *Informe del Proyecto de colaboración OMS-IMSERSO Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial*. Madrid: IMSERSO.
- Pérez, G. (2004). *Dificultades para definir el maltrato a personas mayores*. Madrid: Portal Mayores. IMSERSO.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>

- Pérez, G. (2004). Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores. Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, n.º 15. [Fecha de publicación: 31/05/2004]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-tipos-01.pdf>
- Pérez, G., Izal, M., Montorio, I. y Penhale, B. (2008). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21.
- Rubio, R. y Muñoz, J. (2000). Los malos tratos en personas mayores: reto de las Naciones Unidas a superar en el tercer milenio. *Geriatriska*, 16 /7, 36-51 *Geriatriska*, 16 (7) 36-51.
- Rueda, J. D. (coord.), (2008). *El maltrato de las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. Valladolid: Junta Castilla y León.
- Rueda, J. D. (coord.), (2009) (en prensa). *Validación de instrumentos para una investigación sobre la percepción del maltrato a personas mayores en Castilla y León. Diseño de la investigación y Manual de Apoyo*. Universidad de Valladolid.
- Rueda, J. D. y Martín, F. J. (2010). Propuesta de indicadores para la detección del maltrato institucional a personas mayores. *Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar*, (4), 14-26.
- Sánchez del Corral, F y Sancho Castiello, T. (coord.), (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. (Investigación cualitativa de la SEGG e IMSERSO). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Sancho, T. (coord.), (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. IMSERSO, SEGG y OMS. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Serie Documentos.

CUESTIONARIO N.º 1: CONOCIMIENTO DEL CENTRO RESIDENCIAL

DATOS CENTRO RESIDENCIAL

UBICACIÓN: Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Localidad..... Provincia..... Tamaño municipio > 10.000 hab. <input type="checkbox"/> 10.001-50.000 hab. <input type="checkbox"/> > 50.001 hab. <input type="checkbox"/>		
TITULARIDAD Pública <input type="checkbox"/> Privada no lucrativa <input type="checkbox"/> Privada lucrativa <input type="checkbox"/>		
TAMAÑO < 20 plazas <input type="checkbox"/> 20-49 plazas <input type="checkbox"/> 50-99 plazas <input type="checkbox"/> > 100 plazas <input type="checkbox"/>		
NIVEL DE OCUPACIÓN < 40 % <input type="checkbox"/> 40-80 % <input type="checkbox"/> > 80 % <input type="checkbox"/>		
RECURSOS HUMANOS: Indicar número Gestores <input type="checkbox"/> __ Médicos <input type="checkbox"/> __ Enfermeros <input type="checkbox"/> __ Auxiliares de enfermería <input type="checkbox"/> __ Cuidadores TSA <input type="checkbox"/> __ Personal de limpieza <input type="checkbox"/> __ Trabajador Social <input type="checkbox"/> __ Otros <input type="checkbox"/>		
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	SÍ	NO
Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de ocio / tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL CENTRO TIENE CERTIFICACIÓN DE CALIDAD: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Normas ISO <input type="checkbox"/> EFQM <input type="checkbox"/>		

CUESTIONARIO N.º 2: DATOS SOBRE LA PERSONA MAYOR

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA MAYOR

EDAD: < 70 años <input type="checkbox"/>		70-80 años <input type="checkbox"/>		> 80 años <input type="checkbox"/>	
SEXO : Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>			
ESTADO CIVIL: Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>	
		Separado / divorciado <input type="checkbox"/>			
NÚMERO DE HIJOS VIVOS:					
TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO:					
< 1 año <input type="checkbox"/>		1-5 años <input type="checkbox"/>		6-10 años <input type="checkbox"/>	
		11 o más años <input type="checkbox"/>			
NIVEL DE ESTUDIOS:		No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/>			
		Estudios primarios <input type="checkbox"/>			
		Estudios secundarios <input type="checkbox"/>			
		Estudios universitarios <input type="checkbox"/>			
TIPO DE TRABAJO REALIZADO:		No tuvo empleo <input type="checkbox"/>			
		Ama de casa <input type="checkbox"/>			
		Trabajador por cuenta ajena <input type="checkbox"/>			
		Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/>			
		Funcionario <input type="checkbox"/>			
		Otros <input type="checkbox"/>			
TIPO DE PENSIÓN:		Jubilación <input type="checkbox"/>			
		Invalidez / incapacidad <input type="checkbox"/>			
		Viudedad <input type="checkbox"/>			
		Por hijos minusválidos - hijo a cargo <input type="checkbox"/>			
		No contributiva <input type="checkbox"/>			
		Otras <input type="checkbox"/>			
Especificar.....					
CUANTÍA DE LA PENSIÓN:					
< 300 € <input type="checkbox"/>		301-600 € <input type="checkbox"/>		601-1.200 € <input type="checkbox"/>	
		> 1.200 € <input type="checkbox"/>			
CAUSA DE ENTRADA EN LA RESIDENCIA:					
		Incapacidad para vivir de forma autónoma <input type="checkbox"/>			
		Enfermedad <input type="checkbox"/>			
		No poder atenderle la familia <input type="checkbox"/>			
		Sentirse más protegido <input type="checkbox"/>			
		Otras <input type="checkbox"/>			
Especificar.....					

<p>EL INGRESO FUE DECIDIDO POR: Decisión propia <input type="checkbox"/></p> <p>Hijos <input type="checkbox"/></p> <p>Cónyuge <input type="checkbox"/></p> <p>Otros familiares <input type="checkbox"/></p> <p>Profesionales sociosanitarios <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Especificar.....</p>
<p>VALORACIÓN DE MINUSVALÍA</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>VALORACIÓN DE DEPENDENCIA</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> GRADO ____ NIVEL ____ / NO <input type="checkbox"/></p>
<p>RELACIÓN DE CAPACIDAD</p> <p>Incapacitado legalmente <input type="checkbox"/> No incapacitado <input type="checkbox"/></p>
<p>EL RESIDENTE POSEE AUTONOMÍA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</p> <p>Autonomía plena <input type="checkbox"/> Autonomía limitada <input type="checkbox"/> Falta de autonomía <input type="checkbox"/></p>
<p>EL USUARIO OCUPA UNA PLAZA</p> <p>Válida <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/></p>
<p>TIPO DE PLAZA RESIDENCIAL OCUPADA</p> <p>Pública <input type="checkbox"/> Concertada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/></p>
<p>PRECIO PLAZA RESIDENCIAL OCUPADA</p> <p>< 900 € <input type="checkbox"/> 900-1.200 € <input type="checkbox"/> 1.200-1.500 € <input type="checkbox"/> > 1.500 € <input type="checkbox"/></p>

**CUESTIONARIO N.º 3:
DETECCIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE MALTRATO
EN PERSONAS MAYORES**

A. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD
1. ¿Cómo considera su estado de salud al compararlo con el de una persona de su edad? Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>
2. Cuando tiene algún problema de salud, ¿es atendido/a rápidamente por su médico / enfermera? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
3. ¿Le parece que el personal sanitario le escucha, atiende y trata correctamente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
4. ¿Se le permite estar en la cama cuando se siente mal físicamente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
B. PERCEPCIÓN TRATO FAMILIARES
5. ¿Cómo califica el trato que recibe de sus familiares? Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>
6. Al vivir en una residencia, ¿se siente Ud. suficientemente atendido/a por sus familiares? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
7. ¿Con qué frecuencia le visitan sus familiares? N.º veces semana ____ mes ____ año ____
8. ¿Le parece que su ingreso en la residencia ha resuelto un problema para su familia? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
9. ¿Siente vergüenza por estar en una residencia? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
C. PERCEPCIÓN TRATO RESIDENCIA
10. ¿Cómo califica el trato que recibe en esta residencia? Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Hacen lo que pueden <input type="checkbox"/> Esperaba más <input type="checkbox"/> No se preocupan <input type="checkbox"/>
11. En caso de compartir habitación, ¿mantiene una buena relación con su compañero/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No comparto habitación <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

12. ¿Frecuentemente encuentra sus cosas revueltas sin su consentimiento? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
13. ¿Puede recibir visitas en su habitación? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
14. ¿Se siente querido/a y bien tratado/a por los profesionales de la residencia? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
15. ¿El trato que recibe de sus compañeros de la residencia es respetuoso? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
16. Frente a un problema con algún compañero/a, ¿piensa que los trabajadores de la residencia se interesan por buscar una solución? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
17. ¿Los profesionales de la residencia se preocupan de su aseo personal y de mantenerle la ropa limpia cuando Ud. no puede hacerlo solo/a? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
18. ¿Le parece que tiene intimidad y libertad suficientes dentro de la residencia? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
19. ¿Se siente respetado/a en sus creencias, ideas políticas, religiosas, etc.? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
20. Los horarios de comida, levantarse, visitas... de la residencia ¿le parecen adecuados? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
TRATO FÍSICO
21. ¿Le han sancionado alguna vez por haber hecho algo que no ha gustado a los responsables de la residencia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
22. ¿Ha tenido que realizar tareas en la residencia, en contra de su voluntad, tales como barrer, limpiar el polvo, hacer camas, poner el comedor, fregar platos...? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
23. Si se ha negado a colaborar, ¿le ha acarreado problemas? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
24. Cuando está inquieto/a, ¿los cuidadores han recurrido a medidas de sujeción (atarle)? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

25. En caso de respuesta afirmativa, ¿se le han producido lesiones? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
26. ¿Ha sufrido golpes, arañazos o agresiones físicas dentro de la residencia? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
27. En caso afirmativo, la agresión ha sido producida por... Compañeros <input type="checkbox"/> Personal de la residencia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
28. Ante una agresión, ¿la dirección de la residencia han tomado medidas? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
TRATO PSICOAFECTIVO
29. ¿Piensa que en esta residencia le gritan y riñen con frecuencia? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
30. ¿Siempre que necesita y pide ayuda siente que la tratan con amabilidad y respeto? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
31. ¿Considera que se le trata de forma inadecuada debido a la edad (en la forma de hablarle, en la ropa que usa, etc.)? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
32. ¿Se ha sentido humillado en presencia de otros compañeros de la residencia? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
33. En caso afirmativo, ¿quién le ha humillado? Profesionales <input type="checkbox"/> Otros residentes <input type="checkbox"/> Algún familiar <input type="checkbox"/>
34. ¿Siente inseguridad o miedo dentro de la residencia? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
35. En los últimos 12 meses, ¿le parece que cada día está más triste o deprimido/a? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
36. En los últimos 12 meses, ¿le han aconsejado ir al psiquiatra, psicólogo, terapeuta o trabajador social por algún tema especial relacionado con su tristeza o depresión? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
TRATO ECONÓMICO-FINANCIERO
37. ¿Atiende usted sus asuntos económicos? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Solo algunos asuntos <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
38. Desde que está en la residencia, ¿le han faltado objetos de valor o alguna de sus pertenencias (ropa, joyas)? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

39. ¿En alguna ocasión se ha sentido amenazado/a, forzado/a o engañado/a por algún familiar o profesional a hacer algo con sus propiedades sin que Ud. estuviera de acuerdo? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
40. ¿Ha firmado algún documento que tuviera que ver con sus bienes o propiedades o le han obligado a firmar algún poder legal, testamento o cualquier otro documento en contra de su voluntad? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
41. ¿Le han obligado a asumir los gastos de otra persona (familiar o no), en contra de sus deseos? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
42. ¿Alguien le ha presionado para que ceda o done la propiedad de su casa, fincas, etc. a algún familiar o institución (religiosa)? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
43. ¿Alguna vez ha existido algún problema entre Ud. y la persona que se ocupa de sus asuntos económicos? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
44. ¿Alguna persona de su entrono familiar depende de su dinero? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
45. ¿Se ha sentido amenazado alguna vez por esa u otra persona por motivos económicos? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
TRATO DE TIPO SEXUAL
46. ¿Se le trata con la necesaria delicadeza cuando le ayudan en los hábitos higiénicos? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
47. ¿Se siente incomodo/a (emocional o físicamente) ante la presencia de algún cuidador/a o compañero/a de la residencia? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
48. ¿Ha sentido dañada su intimidad por algún cuidador/a o compañero/a de la residencia (a través de tocamientos/caricias no deseadas, etc.)? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
49. Desde que está en esta residencia, ¿algún/a compañero/a ha intentado abusar sexualmente de Ud.? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

50. ¿Alguna persona le ha acariciado, manoseado, sin su consentimiento, poniéndole en una situación desagradable o violenta?			
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		NS/NC	<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA Y ABANDONO			
51. ¿Dispone de todos los elementos necesarios para la higiene corporal (cepillo, toalla, peine, esponja...)?			
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		NS/NC	<input type="checkbox"/>
52. ¿Alguna vez le han dejado de prestar el apoyo necesario para la realización de la higiene corporal?			
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		NS/NC	<input type="checkbox"/>
53. Si necesita gafas, audífono o dentadura postiza..., ¿se le atiende adecuadamente?			
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		NS/NC	<input type="checkbox"/>
54. ¿Pasa largos periodos de tiempo solo, sin que nadie de la residencia se interese por Ud.?			
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		NS/NC	<input type="checkbox"/>
55. ¿Alguna vez han dejado de atenderle adecuadamente o de prestarle ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño, comer...?			
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
		NS/NC	<input type="checkbox"/>
COMPORTAMIENTO ANTE EL MALTRATO			
56. En alguna ocasión ha formulado quejas (o denuncias) a:			
La dirección del Centro	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	NS/NC
La supervisión de planta	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	NS/NC
La inspección de la Gerencia	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	NS/NC
La policía	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	NS/NC
El juez	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	NS/NC
Buzón de sugerencias	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	NS/NC
57. Las quejas que ha formulado han sido por:			
<input type="checkbox"/>	Trato indecoroso		
<input type="checkbox"/>	Trato coactivo		
<input type="checkbox"/>	Trato vejatorio		
<input type="checkbox"/>	Aislamiento		
<input type="checkbox"/>	Falta de respeto de otros residentes		
<input type="checkbox"/>		
58. ¿Las quejas han sido atendidas?			
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
59. ¿Ha tenido que cambiar de residencia por razón de desavenencias?			
Con otras personas	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	
Con la dirección del Centro	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	
Con los cuidadores	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
		<input type="checkbox"/>	

Tiempo empleado (en minutos) _____ Fecha _____

Comentarios: