



Universidad de Valladolid

Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social

**“Aproximación desde el Trabajo Social
al Maltrato institucional a personas
mayores en centros residenciales desde
una perspectiva ética”**

Autora:

D^a María del Hénar Ramos Vegas

Tutora:

D^a María José Salvador Pedraza.

Facultad de Educación y Trabajo Social.

Curso 2017-2018.

Fecha de entrega: 18-06-2018

AGRADECIMIENTOS.

Deseo, en primer lugar, agradecer el apoyo brindado por todas las personas cercanas a mí durante la realización de este TFG (familia, amistades, pareja, profesorado...) y no sólo eso, sino también durante toda la carrera, tanto en los buenos como en los malos momentos.

Por otra parte, el agradecimiento a mi tutora, María José Salvador Pedraza, por su apoyo y guía durante la realización de este trabajo y por último, gracias también a todos los profesionales que han colaborado en la investigación propia para hacer este trabajo posible.

ÍNDICE

Agradecimientos.	2
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.	6
ÍNDICE DE TABLAS.	6
Resumen.	7
Abstract.	8
PRIMERA PARTE	9
Introducción.	9
1. Justificación y utilidad del trabajo fin de grado.	12
2. Planteamiento de la finalidad, objetivos, hipótesis de trabajo y metodología.	15
2.1. Objeto- Finalidad.	15
2.2. Objetivos generales y específicos.	15
2.2.1. Objetivos generales:	15
2.2.2. Objetivos específicos:	15
2.3. Formulación de hipótesis de partida.	16
2.4. Metodología y técnicas de producción de datos.	17
2.4.1. Metodología.	17
2.4.2. Técnicas de producción de datos.	18
3. Fundamentación teórica y normativa de referencia.	19
3.1. Marco teórico: aproximación al contexto residencial e institucional en la atención a mayores.	19
3.2. Marco referencial sobre la vulnerabilidad de las personas mayores y el maltrato en sus diferentes tipos y escenarios.	20
3.3. Marco teórico sobre las personas que infringen maltrato.	25
3.3.1. Las variaciones de conducta en la persona maltratadora.	25
3.3.2. Variaciones del trato no digno y maltrato en función de la intencionalidad y responsabilidad.	26
3.4. Otros factores de riesgo que inciden en el maltrato a mayores. detección e indicadores.	27
3.5. Aproximación al maltrato institucional de personas mayores y sus tipos.	28
3.5.1. Algunas características de las personas mayores maltratadas institucionalmente.	29
3.5.2. Perfil de la persona cuidadora que ejerce maltrato en instituciones.	30
3.5.3. Factores de riesgo asociados a posibilidades de sufrir maltrato institucional.	31
3.6. Marco normativo de referencia.	36

4. Una mirada al maltrato institucional de personas mayores desde la ética y la ética del cuidado.	38
4.1. <i>Ética y ética del cuidado.</i>	38
4.2. <i>Principios éticos mínimos en la intervención con personas mayores.</i>	41
5. Marco sobre buenas prácticas frente al abuso y maltrato institucional. ¿cómo quieren y deben ser tratadas las personas mayores?	45
5.1. <i>El buen trato en centros residenciales de mayores.</i>	46
5.2. <i>Protocolos de buenas prácticas de cuidado a mayores en centros residenciales.</i>	47
6. Competencias que debe poseer un profesional del trabajo social para actuar en el ámbito del maltrato a mayores y objetivos de la intervención.	51
6.1. <i>Competencias profesionales.</i>	51
6.2.- <i>Objetivos de la intervención con víctimas de maltrato en centros residenciales de mayores.</i>	52
SEGUNDA PARTE.	55
7.- Investigación social propia.	55
7.1. <i>Objeto de la investigación.</i>	55
7.2. <i>Fases en el desarrollo de la investigación.</i>	55
7.3. <i>Planificación de la investigación.</i>	56
7.4. <i>Técnicas de recogida de información: aplicación del cuestionario a profesionales del ámbito de residencias de mayores.</i>	57
7.5. <i>Resultados obtenidos en la investigación, centrada en profesionales de residencias de personas mayores, acerca del modelo de atención y posibles situaciones de maltrato institucional.</i>	59
8. Conclusiones generales, verificación de hipótesis y propuestas de mejora.	63
8.1. <i>Conclusiones generales.</i>	63
8.2. <i>Verificación de hipótesis.</i>	68
8.3. <i>Propuestas de mejora.</i>	70
Referencias bibliográficas.	74

TERCERA PARTE	82
ANEXOS.	82
ANEXO I. Factores de riesgo y teorías sobre el maltrato a personas mayores.	82
<i>Factores de riesgo que inciden en la posibilidad de maltrato a personas mayores y consecuencias.</i>	82
<i>Datos sobre perfil de las personas maltratadoras y de los mayores víctimas del maltrato.</i>	83
<i>Teorías sobre el maltrato a personas mayores y sus consecuencias.</i>	86
ANEXO II. Sospecha, detección e indicadores de identificación de maltrato a mayores.	87
<i>Sospecha, detección e intervención respecto del maltrato a mayores.</i>	87
<i>Indicadores de maltrato a personas mayores.</i>	87
<i>Posibles barreras en la detección del maltrato a mayores.</i>	89
ANEXO III. Marco normativo de referencia.	91
<i>En el ámbito internacional.</i>	91
<i>En el ámbito estatal de España.</i>	93
<i>En el ámbito de Castilla y León.</i>	94
ANEXO IV. Relaciones de las personas mayores con su entorno y pautas- guía para su buen trato y prevención del maltrato.	97
<i>Relaciones de la persona mayor con su entorno familiar, institucional y social.</i>	97
<i>Buen trato a las personas mayores por parte de su familia.</i>	97
<i>Algunas pautas para prevención del maltrato institucional.</i>	98
ANEXO V. Cuestionario y respuestas	100
<i>Cuestionario</i>	100
<i>Cuestionario y respuestas de profesionales.</i>	102
ANEXO VI. Correo electrónico remitido a los profesionales para su colaboración.	109
Anexo VII. Competencias adquiridas en la realización de este TFG.	110
<i>Conocimientos obtenidos de las materias impartidas en el Grado para la realización de este Trabajo de Fin de Grado</i>	110
<i>Competencias adquiridas a través de este Trabajo de Fin de Grado.</i>	111

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.

BVD: Baremo de Valoración de la Dependencia

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INPEA: The International Network for the Prevention of Elder Abuse.

OMS: Organización Mundial de la Salud

RAE: Real Academia de la Lengua Española.

TFG: Trabajo de Fin de Grado.

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Temporalización de la investigación.

RESUMEN.

En este trabajo se aborda el maltrato institucional de personas mayores, con particular incidencia en el que se produce dentro de los centros residenciales, realizando una aproximación a los diferentes tipos de maltrato y determinando, tanto los ámbitos como los perfiles de víctimas y agresores, y la normativa relacionada. Asimismo, también se reflexiona acerca de los principios éticos y buenas prácticas, que deben considerarse en la intervención profesional con personas mayores, en sus objetivos y actuaciones y de qué manera se vulneran cuando se comete maltrato.

Las personas mayores, cuya proporción socio-demográfica crece en nuestro contexto, son un sector vulnerable, con mayor incidencia en el colectivo femenino, sobre todo cuando pierden capacidades y aumentan su dependencia y se encuentran expuestas a la posibilidad de sufrir situaciones abusivas o de maltrato. Por su parte, el maltrato pone en una situación de mayor peligro y riesgo a la persona mayor, dejándola desprotegida ante sus cuidadores cercanos o los profesionales que debieran proporcionarle seguridad y cuidados.

Por todo ello, es de interés abordar esta problemática, primero para darla a conocer más, es decir, para darle visibilidad y, sobre todo, para clarificar la manera de abordar un tema de tanta gravedad, desde la perspectiva del Trabajo Social, con algunas referencias a tener en consideración por esta profesión, así como, complementariamente, por parte de los responsables institucionales de centros de mayores y de la ciudadanía en general.

Palabras clave: maltrato, persona mayor, ética del cuidado y centros residenciales.

ABSTRACT.

This dissertation addresses the institutional abuse of elderly people having particular incidence in retirement homes, making an approach to the different types of abuse and determining both the areas and profiles of victims and aggressors. Likewise, it also reflects on the ethical principles and good practices that should be considered in the intervention with older people and how are they violated when abuse is committed.

Elderly people, whose socio-demographic proportion grows in our context, are a vulnerable sector, with greater incidence in female collective, especially when there is a physical loss and an increase of their dependence being thus exposed to the possibility of suffering abusive situations. As for abuse, it puts in a situation of greater danger and risk the elderly person, leaving him or her totally unprotected before his or her main caregivers and / or the professionals who should provide protection and care.

Due to all these reasons it is of interest to address this issue, first to announce, that is to say, for give her visibility, and above all, clarify the way to address the issue of such seriousness from the Social Work perspective, with some references to take into consideration for this profession, as well as, complementary, by institutional managers of retirement homes and citizenship in general.

Key words: abuse, elderly person, health care ethics and retirement homes.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN.

El maltrato a personas mayores es un tema que me interesa como ciudadana que confía en la protección social, como estudiante de Trabajo Social y como futura profesional y es preocupante en todas las vertientes a las que puede afectar. Se trata de una problemática que nos debe alarmar a todos, es decir, a los responsables institucionales, profesionales de la intervención social y a la sociedad en general, bien cuando se produce en el espacio familiar o privado o en el ámbito institucional de un centro residencial, donde es, aún si cabe, más grave porque su misión es cuidar y proporcionar seguridad, protección y bienestar a las personas que atiende.

El maltrato a cualquier persona y en particular a personas mayores vulnerables supone siempre un desequilibrio y un ataque a la dignidad e integridad, como derechos y valores fundamentales de la persona, siendo un hecho cierto que, a pesar de los avances legislativos, nacionales e internacionales, a favor de la protección jurídica y social de las personas ancianas, este fenómeno, pese a darse con rasgos de escasa visibilidad, existe y persiste.

El punto de partida para el análisis de esta problemática, es que es necesaria una mayor sensibilización social y profesional sobre el tema y acercarse al mismo profundizando de modo constante en sus características y tipos, para que, como resultado, tanto las instituciones como los profesionales del Trabajo Social o la ciudadanía puedan entender mejor los aspectos físicos, psicológicos y sociales asociados al maltrato, desde una actitud no sólo receptiva sino que conlleve el apoyo y protección a las posibles víctimas.

Bajo esas referencias, el objeto de este trabajo es conocer, a un nivel más profundo, los elementos de esta denigrante problemática del maltrato institucional en residencias de mayores, así como realizar una aproximación a las estrategias o procedimientos que se están movilizand o sería necesario movilizar para prevenirlo y abordarlo.

Es un ámbito en el que los casos a veces no se pueden identificar ni conocer, por ello este trabajo pretende también ser una aportación para representar a todas esas víctimas que no tuvieron o todavía no tienen oportunidades de apoyo, ni siquiera voz, por las que lo expresan y denuncian y por las que nunca lo hicieron ni lo harán, por las que aún soportan esta situación y por las que con su esfuerzo y apoyos la han superado.

Y es que ante todas ellas el Trabajo Social, puede y debe asumir un papel proactivo para desde el mayor conocimiento del problema, contribuir en la detección, intervención y ayuda, en las distintas instituciones y recursos de la red de atención a personas mayores donde como profesionales actuamos.

Para conseguir esta finalidad, en este trabajo se han marcado ciertos objetivos, partiendo de un previo análisis teórico conceptual, así como normativo y crítico de la situación, movida por mis propias inquietudes, para profundizar sobre la realidad de este problema. Desde mi formación como trabajadora social, he considerado de interés desarrollar, complementariamente, una investigación a nivel micro sobre el mismo en el contexto más cercano, con entrevistas a profesionales de residencias de Valladolid y Palencia. Desde este planteamiento en su estructura, este trabajo va a reflejar en una primera parte la presentación del mismo incluyendo resumen, justificación y utilidad, objetivos, finalidad, hipótesis de partida y metodología.

Seguidamente se refleja, con utilización de fuentes secundarias, la situación ya analizada sobre este fenómeno, la fundamentación teórica y el marco normativo. Así, se abordan en esta parte del trabajo distintos contenidos sobre los perfiles y variables asociadas a esta problemática y las posibilidades de intervención en la misma desde la disciplina del Trabajo Social. Se muestran datos obtenidos de una revisión bibliográfica acerca del maltrato a las personas mayores y sobre cuestiones éticas relacionadas con la atención de este colectivo vulnerable en el ámbito institucional, así como sobre los perfiles de agresores y víctimas y algunos factores de riesgo de sufrir esta modalidad de maltrato, para finalizar indicando algunas competencias profesionales, objetivos y actuaciones que deben tenerse en cuenta en las intervenciones del Trabajo social.

Una segunda parte, irá destinada a la presentación de la investigación propia realizada, con volcado de sus resultados, y conclusiones, a modo de una muestra de las actuales líneas de actuación profesional en los centros residenciales de personas mayores de nuestro contexto en relación con el tema.

Así, se expone la información obtenida respecto de si hay o no protocolos de detección y/o actuación contra este tipo de conductas, si se han utilizado alguna vez o, por el contrario, no existen tales protocolos. También se van a analizar posibles conductas negligentes y otras de buenas prácticas, así como las posibles mejoras previstas en los centros en cuanto a detección e intervención de situaciones de maltrato. Se pretende en ese espacio mostrar el trabajo de campo, desarrollado a través de técnicas cualitativas, con preguntas, a profesionales de una selección de centros residenciales de mayores, integradas en un cuestionario y que han sido planteadas por un lado siguiendo una escala Likert y por otro con preguntas abiertas. Todo ello, a fin de obtener datos acerca de la visión que tienen diferentes profesionales de nuestro entorno próximo sobre el problema y su abordaje. Esto es fundamental, pues nos podrá mostrar, de primera mano, la existencia de posibles conductas inadecuadas y las actuaciones de protección llevadas a cabo.

A continuación, a modo de desenlace, se establecen conclusiones y propuestas propias de la autora, con alternativas centradas en las posibilidades de intervención desde la realidad del actual sistema residencial de atención a las personas mayores de nuestro contexto. Y ello, bajo el intento de que puedan ser de utilidad, tanto para las organizaciones que en el ámbito autonómico trabajan en la atención residencial a este colectivo, como para los profesionales de Trabajo Social, a través de la posible implicación de la estructura colegial en su divulgación a quien pueda interesar.

Finalmente, una tercera parte del trabajo contiene un total de 6 anexos, con contenidos complementarios que, si bien por razones de espacio no se integran en el cuerpo principal del TFG, sirven de referente y soporte al mismo.

1. JUSTIFICACIÓN Y UTILIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO.

Considero importante el tema elegido para este Trabajo Fin de Grado, porque frente a su importancia real, parece que hay aún poca visibilidad sobre el asunto del maltrato a las personas mayores en entornos residenciales, así como una baja detección de los malos tratos institucionales a este colectivo. Como se señala en el documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato (INPEA), recuperado a su vez por la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002), “el maltrato hacia las personas mayores comienza a cobrar cierta importancia en el año 1990, a raíz de las deliberaciones en el Congreso Estatal de Toledo sobre envejecimiento, si bien aún hoy es un tema muy poco visible y muy difícilmente detectable, debido a que ni siquiera los mayores lo denuncian”. Por otra parte, según Rueda (2008), es un problema que viene de largo, es decir, prolongado en el tiempo y que permanece en el anonimato social y político, en el que no se reconoce (o no se quiere ver) la realidad y tampoco se ponen las medidas necesarias para hacerle frente.

Creo necesario poner en relieve y analizar este tema no sólo para que su estudio quede en el ámbito universitario, sino para que pueda ser considerado en la vida social y política de las instituciones, así como en el día a día de las personas y profesionales. Se pretende darle su verdadera importancia y abordarle desde una perspectiva ética, concretamente desde la ética del cuidado. Esto nos dará algún indicador de lo que está fallando y qué es lo que realmente se está viendo vulnerado, para que como trabajadores/as sociales le podamos hacer frente, ya que como dicen Rueda y Martín (2011), el maltrato a los mayores es una realidad que va aumentando actualmente, por lo que es imprescindible prestar especial atención a los actos y conductas que llevan y provocan estas prácticas.

Por otro lado, veo conveniente poner en valor y justificar el creciente interés, no sólo cualitativo sino también cuantitativo de este tema, señalar algunos datos importantes en cuanto al envejecimiento de la población, para comprender de esta manera el potencial alcance que puede llegar a tener este fenómeno en el creciente sector de las personas mayores que terminan siendo atendidas en instituciones residenciales. Y es que, según las estimaciones del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, 2017), la evolución de la población de 65 años y más en España,

entre los años 1990 y 2066, va a seguir un envejecimiento continuo y progresivo. Lo plantearé de modo resumido desde los siguientes datos:

a) Según el **Instituto Nacional de Estadística** (INE, 2016), a 1 de enero de 2016 había en nuestro país 8.657.705 personas mayores, que significaban un 18,4% de la población. Sin embargo, la proyección de futuro, dada por este Organismo, es que teniendo en cuenta que la esperanza de vida se verá incrementada, debido a las mejoras sociales y sanitarias, sobre el año 2066, habrá 14 millones de personas mayores, situándose el porcentaje en 34,6% del total de la población. Dicho envejecimiento es y será más pronunciado en el mundo rural. Por otra parte, el sexo predominante en la vejez es el femenino ya que hay un 32,9% más de mujeres que de hombres con más de 65 años. En otro sentido, y centrándonos en nuestra Comunidad Autónoma, Castilla y León, cabe destacar que es en la actualidad una de las comunidades, junto con Asturias y Galicia, con la población más envejecida de España (24,4%), estando a este respecto 6 puntos porcentuales por encima de la media nacional.

b) En las **investigaciones del CSIC** (2017), para establecer el corte de personas mayores, se utiliza la edad de jubilación, aunque esta forma de establecer el rango no tiene en cuenta las mejoras que se están produciendo en las condiciones de salud, tasa de discapacidad y dependencia y en la esperanza de vida, por lo que quizá el umbral debiera establecerse considerando indicadores relacionados el mayor número de años de vida de las personas. Y es que el aumento de la edad de esperanza de vida y el sobre envejecimiento que conlleva, incrementa a su vez la probabilidad de los/as ancianos/as de vivir en soledad y, por tanto, el riesgo de llegar a ser institucionalizados por no valerse por sí mismos. Así, en los últimos años, según esa fuente, ha aumentado el número de hogares unipersonales con personas mayores de 65 y más años y sus limitaciones.

Por otro lado, esas investigaciones también destacan la proporción de mujeres mayores que vive en soledad que se sitúa en 28,9% frente a 14,1% de hombres, debido a la mayor esperanza de vida de las personas de sexo femenino. Además, se producen cambios en el estado conyugal, que impactan directamente en la manera de ordenar sus vidas: tipo de hogar, salud, ingresos, etc. A este respecto, en las mujeres predominan las viudas a partir de 75 años, por lo que es más fácil que las mujeres vivan en mayor soledad sus últimos años de existencia y mueran viudas (CSIC, 2017). Podemos afirmar entonces que, estadísticamente y potencialmente, será en el colectivo femenino donde se

puedan producir mayor número de situaciones de maltrato, asociadas al envejecimiento.

c) Las **relaciones** de las personas **van cambiando**, a medida que pasan sus ciclos vitales y en la senectud, se pierden redes próximas por el fallecimiento de familiares o amistades o por la jubilación. A su vez, el hecho de perder autonomía, debido a problemas de salud o déficits asociados al envejecimiento, hace crear en muchos mayores una dependencia de sus cuidadores, bien de la familia o de alguna institución.

Estos aspectos, unidos a otros factores, como el problema de la sobrecarga de sus cuidadores principales o el estar cuidados en ocasiones a manos de profesionales en las instituciones, con deficiente formación o afectados por el síndrome del *burn out*¹(síndrome de estar quemado), pueden derivar en una situación de malos tratos. Rueda y Martín (2011), señalan que en su entorno social y familiar la detección del maltrato a personas mayores es aún más complicada que en centros, debido al encubrimiento de los familiares y del propio anciano.

Por otra parte, la elección del objeto de este TFG tiene que ver con la importancia de este tema para el Trabajo Social, ya que como profesionales podemos y tenemos el deber de intervenir y detectar los casos de maltrato, dados en cualquier contexto (ámbito institucional, domiciliario, escolar...) o colectivo (de género, personas mayores, infancia...) y desde actuaciones centradas en la persona y en acompañar su calidad y proyecto de vida.

En lo que se refiere a su utilidad operativa para la intervención social este trabajo, como cualquier otro cuya finalidad última sea intentar mostrar datos y propuestas para paliar un determinado problema social, puede constituir una aportación de cara a mejorar las líneas de acción institucional y del Trabajo Social para avanzar en su mejor detección y eliminación. Y esto tiene además importancia por ir asociado el problema a otras necesidades de las víctimas como las de no tener buena salud mental y física, tener sufrimiento innecesario e incrementar su situación de vulnerabilidad y de limitación de derechos.

¹ Padecimiento de estrés prolongado en el organismo por factores que se presentan en el trabajo. Incluye fatiga, ineficacia y negación.

2. PLANTEAMIENTO DE LA FINALIDAD, OBJETIVOS, HIPÓTESIS DE TRABAJO Y METODOLOGÍA.

2.1. OBJETO- FINALIDAD.

El objeto o finalidad última del presente trabajo será abordar, desde una perspectiva profesional, una aproximación al concepto y formas de maltrato institucional sufrido por personas mayores, tomando como referente la ética del cuidado y las pautas de buenas prácticas de atención en centros residenciales. Analizaremos de qué manera este maltrato va a violar los principios de dignidad, respeto activo a la persona, beneficencia, no maleficencia..., cometidos por profesionales “cuidadores” y asimismo trataremos de conocer la visión que diferentes profesionales tienen, tanto del maltrato como sobre los factores que persisten para que tal posibilidad de maltrato se produzca sin una adecuada detección y protección de las potenciales víctimas.

2.2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

2.2.1. Objetivos generales:

Los dos objetivos generales que persigue este trabajo son:

- 1) Profundizar en los diferentes riesgos y formas de maltrato institucional, así como en las consecuencias que conlleva para las personas mayores y,
- 2) Analizar desde una perspectiva ética este maltrato, así como las intervenciones de buenas prácticas y detección precoz, que frente a este problema se pueden llevar a cabo en los centros residenciales de personas mayores.

2.2.2. Objetivos específicos:

Los objetivos específicos planteados para este proyecto y que guiarán el desarrollo del mismo son los siguientes:

- Realizar un análisis sobre el maltrato institucional a personas atendidas en centros residenciales de mayores, así como sobre los derechos que siempre se han de considerar en relación con el cuidado de estas personas.
- Identificar qué principios éticos se están vulnerando con el maltrato a las personas mayores y realizar una reflexión sobre la manera práctica en que se están vulnerando.

- Descubrir y analizar las posibles funciones del Trabajo Social con respecto a las situaciones del maltrato institucional en residencias de mayores.
- Conseguir conocer de qué manera se puede prevenir, proteger e intervenir con las personas mayores frente a esta problemática.
- Realizar una aproximación a las diferentes variables y factores que inciden en el maltrato institucional, para acercarnos a una mayor comprensión del problema.
- Conocer y analizar la visión en la práctica de un grupo de profesionales de centros residenciales en cuanto a la identificación de situaciones de maltrato.
- Analizar la existencia o no de protocolos de actuación o de buenas prácticas profesionales frente al maltrato y para la protección de las personas mayores atendidas en residencias.
- Identificar posibles actuaciones negligentes o de déficits de atención a personas mayores en centros residenciales, que puedan llevar a situaciones de maltrato institucional.
- Conseguir avanzar conclusiones y líneas de mejora para lograr una mayor calidad de atención centrada en la persona y sus necesidades, sin casos de maltrato, en los centros residenciales de mayores.

2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS DE PARTIDA.

Las hipótesis que se van a tratar de demostrar con este trabajo son las siguientes:

- La presión y la carga de trabajo de los/as cuidadores/as profesionales en residencias de mayores aumenta la posibilidad de que se produzca maltrato a las personas atendidas, así como que aparezca el síndrome del *burn out*.
- Hay factores y perfiles, ya analizados por diversos teóricos, que pueden servirnos de referencia para valorar riesgos de sufrir maltrato por parte de las personas mayores atendidas en centros residenciales, afectando a su necesidad y derecho a unas condiciones de trato digno.
- Las personas mayores sufren una mayor vulnerabilidad por razones de edad y dependencia derivada de problemas físicos o psicológicos, lo que supone un riesgo más alto de situaciones de maltrato, ya sea en el ámbito familiar o residencial.

- En los centros residenciales se pueden dar y se dan situaciones en las que se pone en peligro la dignidad y bienestar físico y emocional de la persona.
- Los abusos y déficits de atención idónea a personas mayores en residencias, se producen, entre otros factores, porque se da una situación de mayor desamparo al encontrarse alejados de su entorno habitual y con reducción de sus relaciones de apoyo
- Algunas residencias no poseen un protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato ni facilitan formación a los profesionales en este sentido.
- Existe una extensa bibliografía de referencia que puede guiar la detección e intervención en casos de malos tratos a personas mayores en residencias.
- Los recursos humanos, así como las normas de funcionamiento de las residencias, permiten a la persona mayor promover su autonomía y decidir por sí misma.

2.4. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS.

2.4.1. Metodología.

La metodología de este trabajo se va a basar, primeramente, en una revisión de diferentes fuentes documentales en las que hallar información sobre el tema de este TFG, utilizando bibliografía, realizada por diferentes expertos, así como artículos de interés y revisando la normativa pertinente para encuadrar legalmente la problemática tratada. De esta manera se va a establecer el marco teórico-conceptual y legal básico relacionado con la temática que es objeto de estudio.

Asimismo, se realizará una revisión de fuentes secundarias para establecer datos significativos de interés sobre el colectivo de personas mayores, el ámbito residencial y los profesionales que en él se encuentran, los diferentes modos en que pueden darse déficits de atención, los tipos de maltrato institucional, y las teorías sobre esta temática así como los factores de riesgo y algunos indicadores que nos pueden dar señales de que una persona puede estar sufriendo o llegar a sufrir situaciones de maltrato.

Se analizarán, complementariamente, estadísticas en cuanto a datos de personas mayores existentes en España y más concretamente, Castilla y León, por ser el medio más próximo en el que habitamos.

2.4.2. Técnicas de producción de datos.

El **método de investigación** que se va a utilizar para conseguir los datos y alcanzar objetivos fijados en este trabajo será, inicialmente, como se ha expuesto, en una primera fase el estudio teórico conceptual para el acercamiento al problema, que permita crear las bases para posteriormente abordar un análisis empírico del tema en que se utilizarán técnicas de investigación de metodología cualitativa

En esa segunda fase del trabajo, se va a llevar a cabo una investigación de campo realizando un cuestionario a una serie de profesionales de residencias de mayores, de dos provincias de Castilla y León (Palencia y Valladolid), con algunas preguntas formuladas sobre escala Likert y otras abiertas.

Las escalas Likert se utilizan para medir la actitud y opinión de una persona ante un hecho, en este caso se va a medir la de los y las profesionales del Trabajo Social de determinados centros residenciales ante conductas que pueden ser lesivas hacia las personas mayores. Sirven, sobre todo, para hacer mediciones y conocer la conformidad de la persona encuestada o entrevistada hacia una oración afirmativa o negativa, respondiendo de acuerdo a su nivel de conformidad o disconformidad ante esa afirmación. No obstante, se realizarán también en la investigación de este TFG otras preguntas abiertas en las que las personas entrevistadas podrán contestar libremente, obteniendo así datos cualitativos significativos, que nos permitirán comprender la visión y posición de algunos profesionales de residencias de mayores en cuanto al maltrato, así como las diferentes actuaciones que se pueden estar llevando a cabo, o no, frente a estas situaciones.

Con este método combinado de recogida de datos se ha pretendido llegar a disponer de información suficiente para cumplir con los objetivos generales y específicos de este TFG, proceder a la verificación de hipótesis y formular conclusiones significativas que sirvan de orientación a posibles propuestas de mejora.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y NORMATIVA DE REFERENCIA.

3.1. MARCO TEÓRICO: APROXIMACIÓN AL CONTEXTO RESIDENCIAL E INSTITUCIONAL EN LA ATENCIÓN A MAYORES.

El recurso más especializado para la atención de las personas mayores son los centros residenciales, reconocidos en todas las Leyes autonómicas de servicios sociales y en el Catálogo de Servicios asociado a la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia (2016), ofreciendo un enfoque de atención biopsicosocial. Así pues, las residencias de mayores forman parte de la Red de Servicios para la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia, pero a su vez son recursos integrados en el sistema de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, ya se trate de centros públicos, como de privados o concertados. (Rodríguez, 2017).

En cuanto a la tipología de estos centros, siguiendo a la misma autora, Rodríguez (2017), distinguimos la clasificación siguiente:

- Según la titularidad:
 - **Responsabilidad pública:** Pueden depender de la administración central, autonómica o local. El acceso se realiza de manera unificada a través de la valoración de la situación de dependencia, (BVD) y con realización de un informe social. La prioridad en la admisión se da a través de la puntuación obtenida en el BVD y valoración social.
 - **Responsabilidad privada:** Dependen de la iniciativa privada. En algunos casos de entidades que no tienen ánimo de lucro como pueden ser fundaciones, entidades religiosas o pseudoreligiosas siendo el coste una parte de la pensión o ingresos. Y en otras de empresas con ánimo de lucro, que se regulan por las leyes de mercado y el coste y acceso dependerá de si son plazas estrictamente privadas (precio-acceso libre) o en su caso concertadas con alguna administración pública.

- Según la modalidad de estancia:
 - **Centros con estancias permanentes:** Las personas mayores viven en los mismos de manera permanente e indefinida.
 - **Estancias temporales:** Suelen ser de una duración de tres meses prorrogables y se utilizan por convalecencia, descanso de cuidadores de su entorno o imposibilidad de prestar la atención en cierto periodo.

Eguía (2011), afirma que es imprescindible realizar cambios en la manera en que funcionan los centros residenciales, así como diseñar la intervención de estos recursos situando los derechos de los/as residentes en el centro del proceso. Se deben hacer las cosas con una actitud diferente, menos automatismos, atender primordialmente los aspectos de la vida cotidiana y definir si las pautas de organización y funcionamiento garantizan el respeto de los derechos básicos, otorgando a estos la importancia correspondiente, de modo que se realice una atención centrada en la persona.

3.2. MARCO REFERENCIAL SOBRE LA VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES Y EL MALTRATO EN SUS DIFERENTES TIPOS Y ESCENARIOS.

El IMSERSO (2007) señala que existen dificultades encontradas por expertos/as para la definición relativa a las personas mayores, así como un uso contradictorio de términos o perspectivas respecto de este sector de población. Por ello, cada especialista ha elaborado una clasificación teniendo en cuenta diferentes criterios. Así, Martínez (2015), afirma que las personas mayores gozan jurídicamente de los mismos derechos y deberes (civiles, políticos y constitucionales) que el resto de ciudadanía. Sin embargo, en la práctica, su vulnerabilidad hace difícil el cumplimiento de estos derechos. La discriminación por edad se ha comenzado a ver recientemente, reconociéndose aún poco sus consecuencias para los individuos, lo que produce invisibilidad, marginación y exclusión. Por otra parte, el empleo de términos como “viejo” o anciano, tienen connotaciones negativas, pero su reemplazo por otros como senil, jubilado, retirado, senectud, clase pasiva... da una imagen de la ancianidad desvalorizada, frágil e incapaz.

Traxler (1980) define a las personas mayores como un grupo supeditado, debido a su edad, que ve disminuidos sus derechos por la percepción estereotipada y negativa de la vejez. Según Decalmer y Glendenning (2000), las agresiones a las personas mayores no se tratan de un fenómeno nuevo y afirman que desde el principio de los tiempos hay pocas o ninguna duda respecto a que las personas de edad avanzada han

podido ser sometidas a algún tipo de violencia. Indican también que en la década de los ochenta, se han realizado las definiciones sobre negligencia y maltrato a ancianos, sin mucha precisión ni claridad, debido a que cada autor/a que lo definía tiene su propia manera de entenderlo, por lo que no ha sido fácil llegar a consenso en cuanto a qué se considera maltrato y negligencia.

Según dichos autores/as, se pueden señalar tres tipos de acciones contra las personas mayores que pueden hacerles daño o provocar consecuencias negativas y son las siguientes: maltrato, negligencia y abuso. El *maltrato* se define como “acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (II Asamblea Mundial Sobre Envejecimiento, 2002, citado en Rueda et al., 2008, p. 73). En esta primera definición, ya encontramos que el maltrato es una acción, no una omisión² intencionada y que se dirige hacia una persona con la que se crea una relación de confianza, por lo que los sentimientos posteriores al maltrato (tensión, desconfianza, tristeza, soledad, aislamiento...) se verán incrementados.

Por otra parte, otros autores lo definen como “infligir de forma intencionada daño físico, injurias o angustia psicológica debilitante, encierro injustificado o privación por parte del cuidador de servicios indispensables para mantener la salud física y mental” (O’Malley et al., 1979, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, p. 24). Y también como: “la intervención activa de un cuidador que crea o mantiene necesidades insatisfechas y tiene como resultado un daño físico, psicológico o económico... El fracaso del cuidador en satisfacer una necesidad básica, aun conociéndola y contando con los medios necesarios” (O’Malley et al., 1983, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, p. 24). Así, sitúa el acento en la intencionalidad de los actos y añade, además, el factor psicológico a través de las injurias o la angustia a la persona. Por otro lado, aparece el concepto de privación, que podría relacionarse con la definición del ya mencionado O’Malley en 1983, donde dicho autor afirma que se mantienen necesidades insatisfechas, debido al fracaso del cuidador/a para mantener satisfechas necesidades básicas contando con los medios para hacerlo. Es decir, se estaría privando a la persona de los medios o los recursos para satisfacer sus necesidades básicas, y esto lo estarían haciendo sus cuidadores/as.

² Palabra contenida dentro de la definición de negligencia.

Es a partir de la década de los ochenta en adelante cuando se produce un mayor entendimiento con respecto a cuál es el tema de discusión: los golpes, agresiones sexuales, quemaduras y la inmovilización forman parte del maltrato físico; insultar, amedrentar, humillar o intimidar a una persona, amenazar, serían formas de maltrato psicológico (Hickey y Douglass, 1981, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, p. 25).

Dentro del tipo denominado malos tratos sociales, se incluye privación de servicios, aislamiento y abuso económico según afirma Chen et al. (1981). Sin embargo, el abuso económico se adecuaría más, como el propio nombre señala al tipo de acción del abuso, que no a la de los malos tratos, debido a que la primera puede tener consecuencias o no para la persona que es abusada.

Por otra parte, *la negligencia* se suele asociar a la ausencia de acción, es decir, a la omisión, que tiene consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona; y por su parte el abuso a una acción intencional con consecuencias, o no (Rueda, et al. 2008). Dentro de negligencia, podemos distinguir entre: negligencia pasiva, en las que se deja solo aislado u olvidado a la persona mayor (Hickey y Douglass, 1981, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, p. 26) y negligencia activa, que sería la privación de artículos necesarios para la vida diaria (comida, medicamentos, compañía, limpieza), denegación de recursos y la no provisión de cuidados a las personas dependientes (Rathbone-McCuan y Voyles, 1982, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, p. 26). Profundizando más en el tema de la negligencia, podemos señalar que es un tipo de maltrato difícil de probar legalmente. La negligencia activa sería el incumplimiento de obligaciones que incluyen el intento intencionado de producir malestar emocional y/o físico. La negligencia pasiva sería, por otra parte, el rechazo o el incumplimiento de las obligaciones en los cuidados (Wolf y Pillemer, 1989, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, pp. 77-78).

Siguiendo a Iborra (2005), la familia y *las instituciones* son los principales contextos donde se pueden desarrollar los diferentes tipos de maltrato a mayores (psicológico, físico, sexual...). Pero, según lo planteado, debemos diferenciar entre acciones abusivas, con o sin consecuencias de esos abusos y diversas conductas negligentes, que, a pesar de que tendrán efectos físicos, en muchas ocasiones no se van a poder considerar maltrato. El *abuso sexual o el económico*, pueden tener efectos psicológicos significativos y sin embargo no encuadrarse estrictamente como maltrato psicológico o emocional.

Según el Centro Reina Sofía (citado en Iborra, 2005, p.22), que aporta mayor claridad al tema, se establecen respecto del maltrato a mayores diferentes categorías: físico, emocional, negligencia, abuso económico y abuso sexual:

- **Maltrato físico** sería toda acción realizada con voluntad que provoque daño o lesiones físicas a la persona. Los efectos son más visibles, aunque no tienen que ser necesariamente los más graves.
- **Maltrato emocional (o psicológico)** es toda acción verbal o actitud que puede provocar daño psicológico. Ejemplos son: insultar, gritar e ignorar. La última puede ser la más dañina y tener graves consecuencias, como la depresión. También son relevantes las amenazas.
- **Negligencia** es el abandono de las obligaciones en los cuidados de las personas. Privarles de la cobertura de las necesidades básicas como higiene o alimentación o el uso inadecuado de medicación.
- **Abuso económico** se trata de la utilización ilegal de recursos o propiedades de la persona mayor, consideradas población vulnerable de sufrir este tipo de maltrato. Incluye apropiación o mal uso de propiedades y dinero, así como, en su caso, obligarles a firmar documentos.
- **Abuso sexual** son los actos sexuales no deseados con la persona, que es utilizada como medio de obtención de estimulación sexual.

En la misma línea, siguiendo a Etxeberria et al. (2013) los tipos de maltrato que puede sufrir una persona mayor coincide que son: físico, que afecta a la corporalidad. psicológico: que afecta a dimensiones del psiquismo. sexual: vivencia de su sexualidad. económico: que afecta a las posesiones de la persona. Pero añade otro tipo que es el Jurídico: en cuanto afecta a las responsabilidades legales de la persona y el posible abuso de procedimientos judiciales para su incapacitación

El IMSERSO (2007), incluye otras dos categorías, como son abandono y violación de derechos básicos. La primera, se define como la dejadez de la persona mayor por parte de otra persona cuidadora o de la que posee su custodia (algunos la incluyen dentro de negligencia), mientras que la segunda sería privar a la persona de sus derechos (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa, etc.).

Otros autores, como Johnson, Kosberg y García y Biggs (citado en Iborra, 2005, p. 117) establecen otra categoría más, que sería el maltrato sobre los derechos personales, en la que no se permite a los mayores tomar sus propias decisiones. Por su lado, Rueda y Martín (2010), incluyen, además, las categorías de auto-negligencia y auto-abandono, siendo la propia persona quien pone en peligro o amenaza su salud y seguridad.

Esos mismos últimos autores citados, Rueda y Martín (2010), también establecen los *escenarios en los que se puede dar el maltrato*. El primero, el relativo a la cultura y la convivencia, las relaciones personales y sociales, el de los estereotipos y comportamientos sociales, y éste es en el que se sitúan la ética y el reconocimiento de derechos sociales y humanos que se deben garantizar a los ciudadanos/as. Cualquier institución que no garantice esto está incurriendo en una forma de maltrato que también ha de ser tenida en cuenta.

El segundo escenario es el sufrido por las personas dentro de su propio entorno social y familiar, sea en su domicilio, o en el de sus familiares, producido por sus cuidadores. Este es más difícil de detectar, por el pacto del silencio y sólo se puede detectar a través de observaciones, indicadores, incidentes casuales, intuyéndolo. Estos comportamientos marcan la vida de las personas, su convivencia, ven cómo disminuyen sus capacidades y decae su vitalidad. El tercer escenario, comentado por los citados autores y de especial interés para este TFG, es precisamente el del *maltrato institucional*, dentro de organizaciones, centros geriátricos, de salud, en los que los profesionales, debido a la falta de formación o cualificación, estrés, que lleva a la sobrecarga, etc., generan malestar o maltrato a la persona mayor. La infantilización, la despersonalización, la deshumanización, la privación de la intimidad o victimización, son, entre otras, las actitudes más frecuentes, según Kayser-Jones (1990).

Por otra parte, se puede y debe considerar el maltrato desde una perspectiva ética. Se trata, así, de una conducta hacia otra persona dirigida a hacer daño en circunstancias inmorales, ya que supone una ausencia del respeto a la dignidad, tratarla como medio (Etxeberria, et al., 2013). Además, señalan dos polos: el daño de la persona que lo sufre y el de la responsabilidad de quien lo causa.

3.3. MARCO TEÓRICO SOBRE LAS PERSONAS QUE INFRINGEN MALTRATO.

A continuación, distinguiremos aspectos relacionados por una parte con las variaciones de conducta en la persona maltratadora y por otro las variaciones en función de la intencionalidad y responsabilidad de las mismas:

3.3.1. Las variaciones de conducta en la persona maltratadora.

Según Etxeberria et al. (2013) podemos distinguir las siguientes conductas:

a) Obstinación en el cuidado.

Se trata de exceso de cuidados y/o prolongación inadecuada de estos. Ser paternalista atendiendo a la persona, beneficiándola en un grado más alto, existiendo distancia entre el objetivo perseguido y lo que realmente se hace, que es daño a la persona. Se trata de un excesivo celo profesional que se puede relacionar con el miedo al fracaso.

b) Atención inapropiada.

En este caso, las necesidades de la persona no son correspondidas ni atendidas y, por lo tanto, se le causa daño. Se diagnostican erróneamente las necesidades. El maltrato acontece en el mantenimiento de esa atención inadecuada.

c) Atención insuficiente.

El maltrato se da en el defecto de la atención. La atención no ofrecida resulta como consecuencia en un daño para la persona. Se trata de maltratos por omisión. Atención de la persona parcial.

d) Negligencia.

Se relaciona con la anterior y no es fácil diferenciarlos. Lo que se hace, no se realiza de la manera correcta. Si hacer algo bien es hacerlo con interés y atención, realizarlo es todo lo contrario. Las negligencias leves y puntuales no se pueden considerar maltrato, forman parte de la limitación humana. Las relevantes y sostenidas, suponen maltrato.

e) Amenaza creíble de maltrato.

En este caso no son obras, si no palabras, de hacer daño en contextos que resulta creíble para el amenazado para que este haga o evite una conducta según deseo del amenazador, muestre sumisión.

f) Acción expresa de maltrato.

Se pasa de la amenaza a la acción, que es la obra de maltrato propiamente dicho. Se trata de maltrato expreso de naturaleza psicológica, como, por ejemplo, una sistemática humillación. Se borran las fronteras entre amenaza, intensa y creíble, y se produce un daño psicológico

3.3.2. Variaciones del trato no digno y maltrato en función de la intencionalidad y responsabilidad.

Seguiremos asimismo en esta apartado por su claridad e interés la clasificación de Etxeberria et al. (2013) que distingue las siguientes modalidades:

a) Ignorancia no responsable: tratar mal (maltrato objetivo, y no subjetivo).

La persona maltrata objetivamente, produciendo un daño que quebranta la dignidad, pero no tiene intención de hacer daño, no es consciente de que puede hacerlo y no percibe el mal de lo que hace. No es “responsable” porque ha puesto en marcha lo que estaba a su alcance para discernir sobre lo bueno y lo malo. La ignorancia del agente no disminuye el deber hacia la víctima. Además, hay que detectar si en la base de la persona maltratadora hay algún fallo.

b) Ignorancia responsable: maltratar.

El maltrato es objetivo, no hay conciencia de mal ni intencionalidad, pero sí responsabilidad. Las personas se desatienden de la persona mayor que tienen a su cargo, no adquiriendo formación para las tareas que precisa realizar. Este tipo de maltrato conlleva una carga moral.

c) No ignorancia e intencionalidad de maltratar.

Responsabilidad moral plena. El maltrato también se da de modo pleno. La persona maltratadora sabe que esa conducta es maltrato y por algún interés subjetivo quiere hacerlo. Se asume cualquier variación de maltrato de las anteriores, siendo conscientes de lo que entra en juego.

d) Tolerar el maltrato conocido: Colaboración pasiva y responsabilidad subjetiva.

La persona que conoce el maltrato tiene clara conciencia de que lo es, y no hace nada para que se frene y/o sea reparado. Su inhibición para a ser colaboración pasiva, no hace nada y por tanto es corresponsable de sus consecuencias

e) No ignorancia, pero incapacidad de evitación.

El trato no digno se da por no hacer algo. La persona es consciente, pero se encuentra ante situaciones que le impiden hacerlo y no puede remediarlo.

3.4. OTROS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN EL MALTRATO A MAYORES. DETECCIÓN E INDICADORES.

Dada su importancia, pero considerando su extensión, ampliamos en el **Anexo I** datos y citas obtenidas de diferentes textos sobre: otros factores que, según distintos autores influyen en la violencia contra los mayores. Así se recogen: tanto los *perfiles estudiados sobre las personas maltratadoras y de las víctimas*, como referencias de interés sobre diversas *Teorías relativas a este tipo de maltrato*.

Por otro lado, en el **Anexo II** se incluyen y sirven de referencia para todo el contenido de este TFG, algunas reflexiones significativas y datos entorno a la *sospecha, detección e intervención ante situaciones de malos tratos a personas mayores*, así como una detallada relación de *Indicadores* para la identificación de posibles situaciones de malos tratos a personas ancianas en sus distintos espacios de convivencia

Bajo la consideración de esas fundamentaciones teóricas integradas en los citados Anexos I y II, a continuación, seguiremos, para completar este epígrafe, únicamente con citas y referencias relativas a lo más específico sobre el *maltrato institucional* de personas mayores.

3.5. APROXIMACIÓN AL MALTRATO INSTITUCIONAL DE PERSONAS MAYORES Y SUS TIPOS.

No es difícil hallar pruebas de la existencia de malos tratos a este sector de población en el ámbito institucional, porque resulta sorprendente el largo historial que tienen las personas mayores de malos tratos en instituciones, ya se trate de residencias u hospitales geriátricos (Decalmer y Glendenning, 2000).

El maltrato institucional a personas mayores tiene graves repercusiones psicológicas, sociales, médicas, jurídicas y éticas. Es necesario que la sociedad se haga eco de las consecuencias y dimensiones de este problema. (Iborra, 2005)

Por su parte, según Rueda et al. (2008), el maltrato institucional tiene que ver con la dificultad para detectar el nivel adecuado de cuidados mínimos que precisan los ancianos y con la justa necesidad de integrar en las residencias de personas mayores métodos para individualizar sus necesidades, sin discriminación Esta afirmación, apunta hacia el hecho del que tal maltrato institucional guarda relación con no proveer los cuidados a las personas, de manera intencional , poniendo los procedimientos idóneos.

Las investigaciones sobre el maltrato, y más concretamente sobre el maltrato institucional, comienzan a realizarse por la Asociación de Gerontología de Manitoba, en Canadá (1987). El abuso en el ámbito institucional, se entiende como situaciones de maltrato producidas en centros residenciales sobre las personas mayores y realizadas por personas que tienen una obligación legal o contractual de proveer de cuidados y protección a la persona atendida (p. 34).

El INPEA (2004) en el mismo sentido afirmó que el maltrato puede resultar de la mala gestión y orientación indebida del funcionamiento de una institución y hay mayores posibilidades de que ocurra si el personal no está “entrenado”, no tiene apoyos y trabaja en una situación de aislamiento. Los abusos más frecuentes en el maltrato institucional, según esta organización son:

- **Abusos físicos**, no proveyendo a las personas mayores la seguridad necesaria, a través de la sujeción indebida o restricciones físicas para evitar o reducir el riesgo de caídas, evitar malas posturas o prevenir lesiones, empujando, golpeando, lanzando objetos...

- **Abuso psicológico**, que se produce a través de gritos, enfados, juramentos, insultos, amenazas y aislamiento. Incluye, además, prácticas que dan lugar a negligencia crónica, que serían los cuidados insuficientes, prácticas autoritarias y falta de protección.
- **Otras formas de abuso** más sutiles son el negar a los residentes tomar sus propias decisiones en cuanto a alimentación, levantarse, acotarse o ejercer presión sobre los residentes a la hora de participar o no en actividades.

Por otra parte, se mencionan por el INPEA (2004), como *factores significativos de riesgo* de sufrir maltrato institucional los siguientes:

- Escasez de cuidadores o escasa formación.
- Cambios de personal o modificaciones en sus funciones.
- Instalaciones con barreras arquitectónicas o no suficientemente adaptadas a las personas mayores, sin zonas de ocio, aire libre...
- Trabajadores con sueldos bajos, horarios muy extensos y estresantes.
- Falta de comunicación de los directivos de las residencias con el personal o con las personas mayores.
- Respuestas inadecuadas, desproporcionadas o fuera de tiempo ante la detección y existencia de malos tratos.
- Edificios sin adaptar al destino institucional de las personas, con zonas peligrosas, falta de cuidados y de un buen mantenimiento.

3.5.1. Algunas características de las personas mayores maltratadas institucionalmente.

En cuanto al perfil de persona mayor maltratada institucionalmente, podemos decir siguiendo a Rueda et al. (2008) que suele ser:

- Mujer mayor de 75 años y físicamente impedida.
- Personas con disminución mental y comportamiento infantiloides.
- Personas con depresión o, actitud hipercrítica.
- Persona aislada y predispuesta a adoptar papel de enferma.
- Mayores con intentos frustrados de recibir ayuda en el pasado.
- Personas con antecedentes de Maltrato familiar y /o con escasos recursos y apoyo para vivir de modo independiente.

Según Tomlin (1989, citado en Decalmer y Glendenning, 2000), los mayores más vulnerables y susceptibles de maltrato son los que tienen dificultades para la comunicación y muestran discapacidades fluctuantes. Las personas con dependencias o Parkinson, trastorno cerebro-vascular, con deficiencias auditivas y con 80 años o más, tienen mayor vulnerabilidad.

Por otra parte, Horrocks (1988, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, p.71) añaden que muchos de los residentes afectados de maltrato se encuentran en una situación de inmovilidad, incontinencia, afásicos y con problemas de demencia.

Rathbone-McCuan (1980, citado en Decalmer y Glendenning, 2000, p.71), encontró, en línea con lo ya expuesto por otros autores citados, y esto es importante destacarlo, que las víctimas son mujeres en su mayoría, dependientes, con historial de enfermedad mental y física, conductas abusivas...

3.5.2. Perfil de la persona cuidadora que ejerce maltrato en instituciones.

Rueda et al., (2008) afirman que el maltrato generalmente se ve perpetrado por personal auxiliar, con una edad media entre los 25 y los 35 años. Se da en profesionales con un déficit cultural, desde el que se percibe que la persona mayor está al final de su vida y, por lo tanto, va a morir, al que hay que hacérselo todo, provocando una situación de infantilización y paternalista, pues se piensan que hay que “reeducar” a los ancianos/as. Y desde esa visión se dan a sí mismos permiso para aplicar medidas disciplinarias y limitadoras. El maltrato, en definitiva, es más frecuente entre quienes tienen una mayor insatisfacción, padecen situaciones estresantes personales y perciben a las personas mayores como infantiles y necesitadas de disciplina.

En la comunicación de Aida Suárez y Carmen Delgado (citado en Sánchez, 2005, pp. 237-248) sobre “Insatisfacción laboral y abuso institucional: prevalencia del perfil tipo”, se establecen unos rasgos y circunstancias de la persona maltratadora dentro del entorno institucional, como los siguientes:

- Falta de supervisión adecuada.
- Sobrecarga por falta de personal.
- Insuficiencia de medios instrumentales óptimos para el adecuado desempeño de su profesión.
- Instalaciones inadecuadas para llevar de manera adecuada su labor.
- Mala relación con sus compañeros/as.

- Incomunicación con residentes y familiares.
- Insatisfacción con la organización del centro.
- Sin formación y/o escaso reciclaje por su parte ni por parte del centro.
- Mala esfera de trabajo, o percepción de esto mismo.
- Desgaste emocional, estrés y burnout.
- Desacuerdos con la dirección del centro.
- Fatiga por exceso de trabajo.
- Falta de motivación y estímulos...

3.5.3. Factores de riesgo asociados a posibilidades de sufrir maltrato institucional.

Profundizando más en el tema que aquí nos atañe, es necesario analizar ciertos factores de riesgo de sufrir maltrato institucional.

Dentro de ese entorno, y en líneas generales, podemos hablar del escaso reconocimiento de la atención geriátrica, incluso dentro del MIR en la medicina, escasez de profesionales, escasa formación en el tratamiento y atención de las personas mayores, gerencias poco profesionalizadas que desvirtúan las funciones del profesional y escasez de profesionales en el sistema atencional (Rueda et al., 2008).

Además, las actitudes negativas y estereotipos hacia las personas mayores resultan más evidentes en servicios asistenciales de larga estancia, como una residencia, debido a que hay una mayor concentración de personas de este colectivo en un solo lugar. (Decalmer y Glendenning, 2000).

Se pueden señalar, también, como otros factores relevantes a la hora de determinar el maltrato a personas mayores en instituciones, los siguientes (Rueda et al., 2008):

- Déficit de dispositivos sanitarios accesibles y falta de especialistas en atención primaria.
- Existencia de profesionales de la medicina y de la intervención social que atribuyen a la edad cualquier dolencia o patología, transmitiendo cierta resignación.
- Instituciones totales, como formas organizativas que perciben como adecuado que las residencias estén orientadas a la despersonalización y mantienen rigidez en las normas, en lugar de proveer seguridad en la

situación de desarraigo y enajenación que supone el ingreso del anciano en una residencia.

Igualmente, se pueden clasificar los factores de riesgo en categorías, en función de donde provengan: demográficos, estructurales, profesionales... (Rueda et al., 2008):

- **Factores estructurales:** que tienen que ver con la infraestructura y la organización funcional de la institución. Lugares poco hogareños, con medios insuficientes o inadecuados, barreras arquitectónicas, poco personal y programas que no se adaptan a las necesidades de las personas o no dan respuesta a éstas, creando un espacio discriminatorio, falta de equipamiento y coordinación...
- **Factores profesionales:** preparación escasa o insuficiente, ausencia de directrices claras, desconocimiento del maltrato y, por lo tanto, de que lo están llevando a cabo, falta de apoyo y supervisión...
- **Factores laborales:** jornadas laborales muy extensas, con gran número de horas “extras”, sobrecarga, ritmo no sincronizado (horas extra, turnos atípicos), poca estabilidad laboral y sueldos limitados.

Entre los factores laborales, también hay que señalar el *burn out*, que se desata por la sobrecarga de los trabajadores en el cuidado o atención de la persona en instituciones.

- **Factores psicológicos:** personalidad conflictiva del trabajador, escasas habilidades sociales y de manejo del estrés, motivación insuficiente, escasa empatía, inadecuada gestión de la hostilidad y situaciones que implican agresiones, problemas con el envejecimiento, deficiente autocontrol y limitada autocrítica.

Según Pillemer y Finkelhor (1988), en la misma línea, que refuerza estos planteamientos se puede hablar de los siguientes factores de riesgo de maltrato institucional en relación con el personal de atención de los centros residenciales:

- Escasa cualificación.
- Incorrecta aplicación de la normativa.
- Altos niveles de estrés en la vida privada y en la institución.
- Falta de capacidad para soportar la frustración.
- Actitudes negativas hacia las personas mayores.

- Personal quemado en ambientes estresantes que propician el agotamiento físico y psicológico y falta de motivación profesional, que lleva a la aparición de actos violentos.
- Ser mujer con alguna discapacidad física o psíquica.
- Encontrarse socialmente asilada o no tener familia.
- Cambios bruscos de lugar de residencia, hábitat o habitación.

Vemos que los factores de riesgo no sólo tienen que ver con las personas mayores en sí, sino que también influye la tensión entre los cuidadores responsables de su atención, que puede provocar amenazas y agresiones verbales, entre ellos y contra las personas mayores, creando un clima de tensión e incomodidad Pillemer y Finkelhor (1988).

En ocasiones, también se produce este tipo de maltrato cuando las personas mayores son obligadas a ingresar en instituciones (geriátricas u hospitalarias), demasiado pronto y sin contar con su consentimiento, por lo que se sienten abandonadas y maltratadas. (Decalmer y Glendenning, 2008).

Rueda et al. (2008) por su lado señalan los tipos de factores de riesgo siguientes:

- **Atención incorrecta** no querer cambiar la medicina, deterioro de atención individualizada, alimentación inadecuada, deficiencias en la atención...
- **Problemas de la persona:** estrés, burnout, trabajo en condiciones deficientes, falta en la formación y capacitación...
- **Dificultad en la interacción del personal con los residentes:** debido a diferencias culturales, falta de comunicación, agresividad.
- **Condiciones externas:** falta de privacidad, deterioro de los establecimientos, uso de inmovilizaciones injustificadas, falta de estimulación sensorial y propensión a los accidentes.

Los mismos autores Rueda et al. (2008), señalan que el maltrato en una institución se puede dar de muchos modos, como, por ejemplo:

- No suministrando los medicamentos adecuadamente.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Realizar comentarios hirientes.
- No dar suficiente intimidad (higiene, sexo...).

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

- Realizar restricciones físicas o químicas.
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas y no salvarlas.
- No proporcionar ocio, distracciones, actividades.
- Falta de un plan adecuado para cubrir las necesidades de las personas atendidas.

Todo esto deja vislumbrar que los malos tratos pueden formar parte ordinaria de la vida normal de una institución o centro residencial. La gama de abusos y malos tratos está aumentando cada día y adoptando nuevas formas habituales como privación sensorial, escasez de programas personalizados, inactividad y cuidado deficiente. Además, las personas mayores pueden ser maltratadas por: personal de atención directo y /o sanitario, por otro residente y parientes o amigos que los visitan (Iborra, 2005).

Entre otros, ejemplos de conductas negligentes pueden ser (Rueda et al, 2008):

- **Omitir la valoración** necesaria para establecer una atención adecuada
- Utilización **indebida** de medios de **sujeción** e inmovilización.
- **Utilización innecesaria** de **pañales** o uso inadecuado de éstos.
- **No vigilar y/o facilitar** la ingesta de **alimentos** o de medicación prescrita,
- **No realizar curas** con la periodicidad adecuada.
- **No prestar atención** suficiente a los requerimientos.
- **Descuidar la higiene, movilidad y/o cambios posturales** que pueden provocar heridas, escaras, irritaciones o atentar a la dignidad de la persona.
- **Dejadez intencionada** en el desarrollo del trabajo.
- **Infantilización**, Falta de respeto a sus opiniones y/o desatención cuando hablan
- **Falta** de respeto a la **intimidad**.
- **Negar** explícita o implícitamente un **tratamiento**.
- Se incluyen, asimismo, actos que incumplen con el ordenamiento de funcionamiento de una institución o del contenido de trabajo:
 - Abusar de las capacidades de las personas mayores para facilitar el trabajo de los cuidadores.
 - Incumplimiento de horarios laborales.
 - Incumplimiento de las normas de atención y control.

Otros autores (Decalmer y Glendenning (2000) añaden:

- **Despersonalización:** criterios que desatienden las necesidades de la persona.
- **Deshumanización:** ignorar a la persona mayor y despojarlo de su intimidad, y de su capacidad de asumir responsabilidades.
- **Victimización:** ataques a su integridad física y moral a través de amenazas, intimidación, agresiones verbales...

Kayer-Jones (1990) nombró las cuatro principales categorías de denuncias que se daban en cuanto al maltrato institucional y eran las relativas a: infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización.

Moya (2005), por su parte afirma que su experiencia le hace destacar como maltrato más frecuente en centros residenciales de mayores, lo siguiente:

- No respetar los gustos de comida, vestido, compañía de otra persona.
- Vulnerar su juicio crítico en cuanto a decidir por sí mismos, según capacidad.
- Forzarles a tomar decisiones rápidas, con prisa, para así terminar antes las tareas.
- Aislar en la habitación a personas por hablar alto o dar gritos.
- Cambio de habitación sin consultar a la persona, la familia, ni advertirles.
- Instalar en la misma habitación a una persona válida con otra con demencia o que tenga heridas, mal olor, o muy deteriorada.
- Maltrato verbal, amenazas, chantajes, provocando miedo o infantilización.
- No tener en cuenta la historia de vida.
- Robos por parte de otros residentes, empleados o familiares, que pueden ser de pequeño valor económico, pero de gran valor sentimental.
- Cargo de otros servicios al precio de la estancia.
- Amenaza con echarles del centro si no pagan más o hacen otro contrato.
- Malos tratos con la alimentación, forzar a que coma rápido, sin respetar su ritmo o darle sin necesidad alimentación en forma de puré, no partir los alimentos...
- Vulneración en la intimidad de los cuidados del cuerpo.
- Cambio excesivo de personal cuidador para la higiene del residente.
- Causar sufrimiento psicológico al mayor o sus familias con palabras hirientes o irónicas.
- Daño físico deliberado (bofetada, pellizcos, empujones...).

- Personas con Alzheimer o demencia, ataduras al sillón o cama para que no deambulen sin control por la residencia y evitar su constante vigilancia.
- Falta de vigilancia o protección a los residentes.
- Mal entorno, falta de calefacción, no cuidado de la ropa (si es de abrigo, de verano).
- Hacer desplazamiento de objetos personales para menor tardanza en la limpieza.

3.6. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA.

Dada la profusa y extensa lista de leyes y normas encontradas, que son de referencia y aplicación en el ámbito de la temática de este TFG, por razones de espacio y no por ello sin dejar de tener presente su imprescindible consideración, se ha integrado como **Anexo III** una relación de la normativa más significativa en el ámbito internacional, estatal y en el nivel autonómico de Castilla y León, éste último por proximidad geográfica.

No obstante, se citará la normativa de referencia considerada de mayor importancia para la realización de este TFG:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se establecen tres derechos universales: libertad, justicia y paz, reconociendo la dignidad intrínseca y los iguales derechos de todas las personas.
- Ley 7/1991, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano. Se establecen las condiciones mínimas de los centros residenciales y el reglamento de régimen interior y precios de los centros.
- Ley 5/2003, de 3 de abril de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León. Se garantiza el respeto hacia las personas mayores, sus derechos y los principios que rigen la práctica profesional, así como la implicación de las Administraciones en casos de maltrato o abandono.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. Se regulan las condiciones básicas para la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia y los niveles mínimos de protección, prestaciones y el instrumento de valoración.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

- Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre el nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado. Se establece el nivel mínimo de protección a personas con dependencia.
- Orden de 30 de septiembre de 1994, por la que se modifican determinadas normas del Estatuto básico de Centros residenciales para personas con discapacidad del Inerser, aprobado por Orden de 4 de junio de 1992.
- Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León. Establece pilares básicos, los valores y la categoría de las plazas residenciales. Se desarrolla el procedimiento de autorización de centros y la inscripción en Registro.

4. UNA MIRADA AL MALTRATO INSTITUCIONAL DE PERSONAS MAYORES DESDE LA ÉTICA Y LA ÉTICA DEL CUIDADO.

4.1. ÉTICA Y ÉTICA DEL CUIDADO.

Según Bohorques (citado en Bohorques, Castro, Castillo y Congález, 2014, p. 33), la ética es un concepto difícilmente definible, existiendo muchas definiciones desde las distintas ramas filosóficas.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define la ética como: “Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida”.

Por otra parte, más específicamente, podemos hablar de ética del cuidado y ética aplicada. La ética aplicada, sería ética dedicada a su aplicación y no quedarse solo en la mera reflexión, sería el razonamiento para enmarcar un problema en el ámbito profesional o en cualquier otro ámbito, desde el punto de vista moral, convirtiéndolo en un código normativo aplicable a un área para resolver dichos problemas. (Bohorques, et al., 2014).

Así, la ética requiere que la persona tenga saber y experiencia de la actividad profesional que realiza. La ética en este ámbito se materializa a través de los códigos deontológicos de las diferentes profesiones, que se refiere a los deberes dentro del ejercicio de una profesión.

“La ética del cuidado pone en el centro de su pensamiento al “sujeto” con sus circunstancias, sus relaciones y afectos, sus aprendizajes y comportamientos sociales, su consideración sobre la realidad del otro, su idea de bienestar común y su deseo de que con sus decisiones contribuyan al mayor bienestar”. (Bohorques et al., 2014, p. 92).

La ética del cuidado por su parte, implica responsabilidad hacia los demás, preocupación por el hecho de no prestar ayuda, las faltas de respuesta ante los problemas hacia los demás. Reconoce y da valor a las habilidades y capacidades de atender al otro. Es percepción, empatía, afectividad y compasión para con el otro, sentimiento este último que mantiene al mundo en movimiento. La ética del cuidado según Bohorques et al. (2014) se basa en:

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

- Conciencia del cuidado autónomo.
- Reconocimiento de responsabilidades hacia los demás.
- Preocupación por ayudar y de actuar como se debe.
- Comprensión del mundo como un sistema de relaciones en el que las personas son dependientes entre sí y diversas.
- Principios de solidaridad, reciprocidad y equivalencia humana.

Así pues, los cuatro principios que según dicho autor no se deben vulnerar son:

- No maleficencia: no hacer daño. Tiene carácter preventivo, cuando se ignoran las consecuencias debe evitarse hacer daño a las personas.
- Beneficencia: hacer el bien y prever mejores elecciones en el residente, así como calcular los riesgos secundarios de esas elecciones y de nuestra intervención.
- Autonomía / Autodeterminación.
- Justicia: dar a cada uno lo que le corresponde. Derecho, razón, equidad. Regula la igualdad o proporción entre las cosas, trato igual entre todos, ante la escasez de recursos.

Por otra parte, los principios señalados por las Naciones Unidas en favor de las personas de edad y enunciados por Tabueña, (2001) son:

- Independencia: acceso a una vivienda, alimentación, agua, vestimenta y atención de su salud.
- Participación: deberán estar integradas en la sociedad, participar en la formulación y aplicación de políticas que afecten a su bienestar, así como compartir experiencias y habilidades con generaciones más jóvenes.
- Cuidados: poder disponer de cuidados necesarios y la protección de su familia y la comunidad.
- Autorrealización: desarrollar oportunidades y potencialidades accediendo a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos.
- Dignidad: vivir con dignidad y seguridad, libres de explotaciones y malos tratos de todo tipo, recibir un trato digno sin tener en cuenta la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones.

Eguía (2011) ve la necesidad de otorgar a los derechos básicos una importancia mayor, debido a que en los últimos tiempos se cree de manera errónea que ya se cumplen y no es así en muchas ocasiones.

Sion derechos que es imposible limitarlos y fácil transgredirlos, lo que ocasiona dificultades en la práctica del cuidado y un riesgo real. No es complicado ir hacia un trato impersonal, ceder ante razonamientos, que parecen lógicos y parecen ir en favor de la comodidad y seguridad de los residentes, etc. Siempre se ha de tener en cuenta que es preciso respetar los derechos básicos de la persona e incluso cuando ésta se encuentra vulnerable, es nuestro deber hacerlos respetar.

Además, es igualmente importante el respeto a los derechos dentro del núcleo institucional y tener en cuenta el impacto que puede suponer ingresar en un centro residencial y vivir en un entorno, hasta ahora desconocido, sobre esos derechos básicos, replanteándonos aspectos esenciales. Así, podemos mencionar, siguiendo a Eguía (2011) el siguiente impacto que puede tener un ingreso residencial en los derechos básicos:

- **Dignidad** de la persona, el ingreso, puede afectar a su identidad, el distanciamiento de sus relaciones personales, familiares y sociales, la pérdida afectiva que puede conllevar el abandono de su casa, sus costumbres. Estas pérdidas pueden llevar a la despersonalización; es fundamental que conserven sus rasgos distintivos.
- **Privacidad**, que es otro aspecto determinante, en los centros residenciales existe un sentimiento de “comunidad accidental”, en las que conviven personas que no se han elegido las unas a las otras. Pasan de vivir en un entorno suyo, propio, solas, en familia o pareja, a convivir en grupo con personas que no conocen. Esto debe llevarnos a adoptar medidas para conservar la privacidad e intimidad de la persona, porque tenemos atribuida la idea de que las personas de mayor edad no tienen problemas de socialización ni inhibición y que todo lo anterior no les afecta en absoluto.
- **Autodeterminación**, se debe conjugar la independencia con la seguridad, esencial, debido a que los centros residenciales tienen una función de protección, guarda. Esta función debe controlarse, no llevando a pautas de sobreprotección que coartan la libertad de las personas (sujeciones físicas o farmacológicas),

poco intrusivas y restrictiva, favoreciendo el equilibrio entre necesidades de protección y las de libertad, independencia y autodeterminación.

- **Elecciones** Se puede dar un enfrentamiento entre el derecho de elección de la persona y los intereses organizativos de la residencia y el personal. Este enfrentamiento a veces no va a ser mostrado claramente debido al conformismo de las personas residentes, que aceptan las normas y el orden establecido.
- **Satisfacción y realización personal**, enfrentado con las limitaciones del proceso de individualización y personalización de la atención. Un avance importante es la realización de un plan de atención personalizado, aunque su implantación puede tener un matiz burocrático. En este contexto, este derecho está limitado, debido a que a medida que crece el grado de dependencia, también lo hace la estructuración de la vida en la residencia en torno a los cuidados. Las tareas se realizan de manera automática, sin cuestionar si se adecúan a necesidades o preferencias y sin cuestionar el sentimiento de indefensión, vulnerabilidad o pérdida de identidad.
- **Protección, conocimiento y defensa de sus derechos.** Se pretende que estos aspectos se sitúen en el centro de la atención de los residentes y se debe proceder a su reconocimiento expreso, de manera que todas las personas los asimilen e incorporen a su forma de pensar y de atender.

4.2. PRINCIPIOS ÉTICOS MÍNIMOS EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES.

Marije Goikoetxea (2012), nos señala los mínimos éticos exigibles que se han de aplicar a la intervención con personas mayores en cualquier ámbito. Destaca que el principio formal universal y absoluto, es que el ser humano ha de ser tratado igual, tanto en respeto como en consideración, reconociendo que tiene dignidad y no precio, por lo que se ha de respetar esta dignidad. Se reconocen, asimismo, otros principios materiales no absolutos, es decir, aplicables a cualquier ser humano, pero reconociendo excepciones y según Goikoetxea (2012), estos son:

- **No maleficencia:** no lesionar con nuestras prácticas la integridad del usuario. Exige a profesionales y cuidadores, tanto informales como formales, disponer de conocimientos, habilidades para que no se lesione la integridad y dignidad de la persona. Exige, por lo tanto, una formación, sobre todo en ámbitos de deterioro y dependencia.

- **Justicia:** no discriminación a la persona, dándole los recursos que le corresponden. Supone que tampoco sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de lograr una “vida realizada”.
- **Autonomía:** obligación de hacer respetar los valores, ideas, creencias, principios y el proyecto de vida de la persona. Se reclama el respeto a la autodeterminación de la persona, contando con permiso y consentimiento de la persona en cualquier acción o para acceder a su vida privada, y el desarrollo de sus capacidades para la autonomía.
- **Beneficencia:** obligación de hacer bien a la persona.

Se debe valorar de forma concienzuda, si se han de vulnerar los anteriores principios, debido a que, como se ha señalado, estos principios no son absolutos. Sin embargo, se siguen dando conflictos éticos en la asistencia a la persona mayor. En cuanto al principio de justicia, los conflictos más frecuentes son la distribución equitativa de los recursos socio-sanitarios existentes y la restricción de derechos en algunos tratamientos (Goikoetxea, 2012).

En el relativo a no maleficencia, los abusos y malos tratos a personas mayores, que es el tema que nos atañe, es el conflicto que más frecuentemente se produce. En el principio de autonomía, los principales problemas que se presentan guardan relación con el dar información, su veracidad y consentimiento, la intimidad, la privacidad y confidencialidad y la valoración del anciano/a para la toma de decisiones. Cuando se trata, por otra parte, del principio de beneficencia se dan dos conflictos comunes, como son el de la decisión de sustitución de la persona y la tutela y curatela.

Moya (2005), afirma que el punto de partida en cuanto a la moralidad de la persona se refiere, se encuentra en su dignidad. Las personas mayores poseen dignidad y no precio, pero es necesaria una mayor protección debido a su vulnerabilidad. Este principio de dignidad, las personas lo relacionan con:

- Derecho a ser tratados como iguales.
- A elegir cómo quieren vivir, ser cuidados y morir.
- Derecho a tener control sobre sus decisiones.
- Derecho de mantener su autonomía e independencia sin estar solos o sentirse una carga.

Además, señalan situaciones en las que os mayores ven su dignidad vulnerada:

- Cuando se les excluye de conversaciones.
- Cuando se les da un trato impersonal.
- Cuando se les trata como a un niño (dirigiéndose a ellos con la palabra amor, cariño, o su nombre de pila)
- Cuando no se cuida su intimidad al tratar su higiene personal o lo hace una persona del sexo contrario.
- Son higienizados sin que se les hable.
- Al levantarse muestran su desnudez a otros.
- Se les viste mal, no se abrochan los botones...
- Son obligados a realizar actividades a las horas que dicen.
- Se mueren solos.

La dignidad está en constante prueba diariamente en las diferentes relaciones establecidas en los centros residenciales entre persona usuaria –profesional, porque no se cumplen las expectativas de las personas mayores. Debemos ser sensibles a sus necesidades, precisan que les cuidemos, pero respetando su dignidad y su autonomía, contando con ellos, respetando sus decisiones y su intimidad, mejorando la comunicación y tratándoles con afecto (Moya, 2005). Es importante que la respuesta técnica y ética sea interdisciplinar, el cuidado ha de universalizarse, siendo también labor del médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional... (Barbero, 1999).

Siguiendo a Moya (2005).la ética del cuidado tiene su base en la relación establecida con la otra persona y en sus emociones, en ponerse en la piel del otro, explorar qué siente, qué piensa, escuchar activamente y responder a sus necesidades. Exige calidez y asumir un cuidado no sólo material sino emocional. Los profesionales no pueden responder sólo con los protocolos y normas escritas, porque se exige también un compromiso y una sensibilidad.

Ese mismo autor Moya, 2005). señala la importancia del principio de no maleficencia, pues obliga a no hacer daño a la persona ni sus familiares de manera física o emocional y se traduce en la obligación de realizar las cosas indicadas y evitar las contraindicadas. No es infrecuente su incumplimiento, por falta de reflexión o implicación.

Por otro lado, también da relevancia al principio de autonomía que nos obliga a promover y respetar las decisiones tomadas por las personas mayores, asumir que tienen ese derecho de tener opinión propia y de elegir.

Algunos aspectos de este principio (respeto a la intimidad o el consentimiento informado) son asignaturas pendientes en algunos centros residenciales. El primero es una de las grandes preocupaciones de las personas mayores y, sin embargo, seguimos considerando normal que en hospitales y centros residenciales se exponga su desnudez. El consentimiento informado, por otra parte, se trata como un mero papel que se debe firmar para permitir que se lleven a cabo intervenciones. En este sentido debe darse un cambio en la forma en que se relacionan profesionales y personas atendidas superando el paternalismo. Los profesionales tienen la obligación moral de informar de cualquier asunto (Moya, 2005).

Por otra parte, el principio de justicia obliga a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y distribuir de forma equitativa recursos y su accesibilidad. La principal responsabilidad recae en políticos y gestores. Pero al final ésta queda relegada a los profesionales que deciden cómo repartir recursos y no podemos eludir la responsabilidad. Si queremos ser justos hay que ser eficientes, intentar hacerlo bien y con menor coste. Y si queremos ser equitativos hacer llegar esos recursos a las personas más necesitadas. La discriminación de la persona por edad es un hecho flagrante en la sociedad actual, y a menudo se ve reflejada en la actitud de ciertos profesionales. (Moya, 2005).

Por último, el principio de beneficencia, obliga a hacer el bien, procurando el mayor beneficio posible y limitando riesgos. Este principio es la razón de ser de las profesiones socio-sanitarias donde se integra la atención residencial a personas mayores. Y este principio no se entiende si no va unido con el respeto de la autonomía.

Se debe tener en cuenta, como marco de referencia básico y fundamental, la Declaración de los Derechos Humanos y los principios de las personas en edad de las Naciones Unidas.

5. MARCO SOBRE BUENAS PRÁCTICAS FRENTE AL ABUSO Y MALTRATO INSTITUCIONAL. ¿CÓMO QUIEREN Y DEBEN SER TRATADAS LAS PERSONAS MAYORES?

He considerado de interés en este apartado recoger un repertorio de Guía de Buenas Prácticas en la atención a mayores, frente a las situaciones de maltrato que por su extensión se recogen en el **Anexo IV**, pasando a continuación en este apartado a reseñar básicamente estos aspectos en el ámbito institucional.

Fernández-Ballesteros (2011), realiza una reflexión a partir de un estudio que desarrolló sobre cómo quieren ser tratadas las personas mayores en cualquier ámbito. Primeramente, afirma que quieren ser tratadas con respeto, y como personas adultas, debido a que las tratan diferente a las de otras edades y a menudo como niños. No han de ser tratados con “infantilismo”, bebés o “retrasados” como algunos mayores afirmaron en el estudio. La persona mayor no ha de ser tratada como un niño, ni, aunque presente condiciones de enfermedad o discapacidad.

Esto, no excluye que sean tratados con todo el afecto, comprensión y que sean tenidos en cuenta. Esto son condiciones positivas de las relaciones, además, da lugar a relaciones humanas cálidas. Y, asimismo, conlleva conocimiento, buen hacer y buena relación empática con la persona. También señala dicha autora la importancia de una información fiable y ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones. En muchas ocasiones, los profesionales prefieren informar a la familia en lugar de a la persona que atañe la información, en este caso, la persona mayor, por considerar a esta última con menos capacidad (Fernández-Ballesteros, 2011).

Se deben utilizar formas respetuosas de tratamiento a las personas y cortesía, que han ido variando. Así es como desean estas personas ser tratadas. En nuestros tiempos es más común llamar a la persona por su nombre de pila, sin más tratamiento de respeto o tutear. Pero se debe preguntar siempre a la persona mayor cómo quiere ser tratada.

5.1. EL BUEN TRATO EN CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES.

Bermejo (2011), realiza un estudio sobre el buen trato en las residencias, por parte de los profesionales. Los centros residenciales son el hogar de muchas personas y un lugar de trabajo de otros tantos profesionales, cuya labor es facilitarles vivir en este lugar con la mayor calidad de vida posible. Esto tiene un significado diferente según quien lo mire.

El mismo autor, afirma que las personas mayores, como todo ser humano son únicas y diferentes, con sus necesidades, capacidades, deseos y valores. Tienen dignidad y derechos y como profesionales, hay que ayudar a que los ejerzan.

Las personas que saben perfectamente lo que quieren y desean, son ellas mismas y no pierden el derecho de autodeterminación, aunque a veces no lo pueda expresar de manera verbal y lo demuestren a través de su comportamiento o personas más próximas de su entorno y de confianza. Por ello, hay que hacer un esfuerzo por entenderle. Así, la persona mayor, debe ser informada y participar en las decisiones que le atañen, incluido propuestas profesionales, aunque haya que realizar adaptaciones. Además, se ha de dar un trato agradable y personalizado, poniendo la persona los límites en cuanto a estilo y familiaridad con que quiere que le traten, adaptándose los profesionales. (Bermejo, 2011).

Según el citado autor Bermejo (2011), los profesionales son responsables de dar una buena comunicación y relación a las personas para facilitar que se satisfagan sus necesidades, incluyendo las de relación, comunicación, escucha, reconocimiento, afecto y autoestima. El cómo se les va a tratar debe incluirse en un Plan de Actuación Individual de los centros residenciales.

5.2. PROTOCOLOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE CUIDADO A MAYORES EN CENTROS RESIDENCIALES.

Para la realización de este epígrafe se va a utilizar la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de Personas mayores en situación de dependencia, publicada por la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias (2009), pionera en este asunto y que pone el acento en las bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas dentro de este ámbito. Las pautas sobre buenas prácticas sirven para ayudar a los profesionales a emprender acciones que mejoren la calidad de vida de las personas y orientan la intervención en Residencias de personas con dependencia y/o discapacidad, partiendo de los principios que rigen la atención desde el enfoque de la calidad de vida.

El envejecimiento, como desafío que comporta unos riesgos, así como los cambios en la estructura de edad, hace necesaria una atención específica, que debe estar regida por una serie de principios, que se hagan efectivos a través de las buenas prácticas. La primera buena práctica que debe hacerse efectiva, aunque no esté reconocida como tal, es dar más años a la vida y más vida a los años, es decir, dar una mayor autonomía y calidad a las personas mayores para vivir su proyecto existencial como quieran, en los años añadidos de una larga esperanza de vida, debido a los avances médicos y a la mejora del nivel de bienestar social.

En el caso de los centros residenciales o asistenciales, el objetivo es mejorar la calidad de la atención, así como procurar un buen ambiente tanto físico (la forma y adaptación del centro a las necesidades de las personas) como social (la forma de interactuar que tienen las personas, los contextos cotidianos). Así pues, hemos de cuestionarnos si los programas están destinados realmente a que las personas consigan sus logros personales y si, una vez dentro del centro, están consiguiendo seguir con el proyecto de vida o debe adaptarse este al funcionamiento del centro, sin una participación real de la persona.

Se debe procurar una planificación individualizada, centrada en la persona (sus valores, principios, su proyecto de vida) y participativa, es decir, que la propia persona pueda elegir, junto con los profesionales encargados, su plan individualizado de intervención en las residencias.

También se establece, en dicha Guía de Buenas prácticas (2009), la carta de derechos de las personas residentes, entre los que se recoge: no ser objeto de discriminación; conocer, antes de residir en un centro sus instalaciones para ayudarle libremente a poder elegir si ingresar o no; acogida de manera individualizada; ser informada de manera individualizada facilitando así la integración; derecho de participar en el diseño y seguimiento del plan individualizado; beneficiarse de todas las terapias, intervenciones...; tener asignado un profesional de referencia; tener un trato adecuado y digno y no ser objeto de restricciones físicas o farmacológicas, entre otros..

Se precisa, por tanto, construir un marco en el que la persona mayor se pueda expresar, dejando ver tanto sus sentimientos, como lo que le gusta o lo que no para su bienestar, que pueda gestionar sus relaciones tanto dentro como fuera del centro, su proyecto vital... También se dan una serie de criterios para la intervención desde las buenas prácticas, como son:

- **Diversidad:** oferta diversificada de respuesta.
- **Accesibilidad e interdisciplinariedad.**
- **Globalidad:** espacios y relaciones cubriendo las necesidades de todos.
- **Flexibilidad y atención personalizada:** propuestas que se puedan modificar y adaptarse a las personas.
- **Proximidad y enfoque comunitario:** favorecer la apropiación y el control de las personas sobre su entorno.
- **Prevención y rehabilitación:** enfoque preventivo y rehabilitador. Actitud constante de explorar nuevas posibilidades de intervención.
- **Coordinación y convergencia:** coordinación con servicios profesionales de base y especializados.
- **Incorporación de valores éticos en la intervención.**

Se recogen a continuación las buenas prácticas clave, que a mi parecer son las fundamentales de las que integran dicha Guía de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias (2009) en centros residenciales de mayores:

- **Derecho a la Información,** esencial en la calidad de vida de las personas y para la relación asistencial, se deben detectar las necesidades de información de las personas mayores y saber sobre qué informar, así como adaptar el

lenguaje a sus necesidades. Asimismo, la información debe ser confidencial y privada.

- **Autonomía y toma de decisiones** por parte de la persona usuaria. Dar a las personas residentes oportunidades para que puedan elegir entre varias opciones, planificar y realizar actividades y participar en estructuras de participación global. Se ofrecen alternativas y se apoya la toma de decisiones de las personas, con estrategias concretas.
- **Conciliar la seguridad de las personas y el derecho a su autonomía.** El ingreso de las personas mayores en residencias no implica que tengan que perder sus derechos. Es, por lo tanto, responsabilidad de la institución el proporcionar espacios seguros, pero sin sobreprotección, en otras palabras, lograr un equilibrio entre el cuidado y la seguridad.
- **Respeto a la privacidad e intimidad en cuidados personales y aseo.** Respetar la intimidad de las personas en cuidados personales, propiciando la atención personalizada y humanizada, con la participación de la persona en la planificación y ejecución de dichas tareas. Además, se debe adaptar y preparar el entorno para esa planificación y ejecución.
- **Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información.** La información es propiedad de la persona, por lo que se debe respetar la privacidad reforzando así su identidad y autodeterminación, debido a que esto afecta a su dignidad y derecho a la intimidad. También se ha de respetar su capacidad de autogestión de las propias informaciones.
- **Uso limitado y adecuado de contenciones físicas.** Estas se deben evitar y regular, mejorando la calidad asistencial, limitándose su uso al fracaso de otras medidas y emplearse como último recurso.
- **Uso limitado y adecuado de contenciones farmacológicas.** Se han de minimizar, debido a que el uso excesivo o inadecuado implica la restricción de oportunidades y sólo han de usarse en casos necesarios.
- **Cauces formales de participación en el centro.** Se han de establecer estructuras estables y adaptadas a las personas, así como cauces de participación, tanto formales como funcionales que faciliten y animen la participación de los usuarios, sus familias y profesionales.

- **Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan de Atención.** Se ha de garantizar una atención continuada, facilitando que la persona usuaria, la familia y el equipo participen en el diseño de un Plan de Atención, compartiendo visiones de los tres agentes, información, dudas y consensuar estrategias.
- **Trato personalizado.** Las personas son diferentes, no uniformes. Esto fomenta el bienestar y la adaptación al centro, conociendo el proyecto vital y las preferencias de las personas.

6. COMPETENCIAS QUE DEBE POSEER UN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL PARA ACTUAR EN EL ÁMBITO DEL MALTRATO A MAYORES Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN.

6.1. COMPETENCIAS PROFESIONALES.

El Trabajo Social es una disciplina que se mueve entre diferentes posibilidades de intervención, por ello es que necesita de una serie de competencias amplias que le permitan actuar en unas situaciones u otras. Así varían ciertas competencias dependiendo del ámbito en que se esté actuando y las características de la persona usuaria o contexto con el que se está realizando la intervención.

Siguiendo a Evolutas (2007) enumeraré una serie de competencias de las/os profesionales que con carácter general y en particular, en el ámbito de la intervención social con personas mayores en centros residenciales, se deben tener en cuenta. Se parte de que el objetivo es que las personas usuarias sean capaces de resolver sus problemas diarios, es por ello que el/la trabajador/a social debe ayudar a estas personas a desarrollar capacidades para enfrentarse a esos problemas y desarrollar su autonomía y para ello las competencias principales son las de.

- Promover la facultad de adaptación y desarrollo individual de las personas.
- Promover y actuar para el establecimiento de servicios y políticas sociales adecuadas o de alternativas para los recursos socio-económicos existentes.
- Facilitar información necesaria de forma clara según necesidades.
- Capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias.
- Capacidad para planificar, implementar y evaluar la práctica del trabajo social con personas, familias, grupos, organizaciones y con otros profesionales.
- Capacidad para apoyar a las personas para que sean capaces de manifestar las necesidades, puntos de vista y circunstancias.
- Capacidad para actuar en la resolución de las situaciones de riesgo con las personas, así como para las propias y las de los colegas de profesión.
- Capacidad de resolver situaciones con personas mentalmente inestables.
- Capacidad para administrar y ser responsable, si es preciso con supervisión y apoyo, de la propia práctica dentro de la organización.
- Capacidad de mostrar competencia profesional en el ejercicio del Trabajo social.

6.2.- OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE MALTRATO EN CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES.

Paniagua y Mota (2002) afirman que el Trabajo Social es clave para la sospecha, detección e intervención ante malos tratos, debido al nivel de proximidad, ya que los/las profesionales de esta disciplina están en primera fila de relación y eso aporta una ventajosa posición para actuar con rapidez y contundencia. Además, es necesario que desplieguen las competencias y destrezas necesarias en las técnicas de observación, entrevistas y trabajo con grupos, así como tener capacidad de entender los silencios, hacer que los afectados hablen y manejar bien situaciones de crisis.

Por otra parte, las mismas autoras afirman que se debe prestar atención a las actividades que se desarrollan en las residencias, la participación en estas, el grado de satisfacción y el nivel de relación o aislamiento. La detección del maltrato, tanto en el ámbito familiar como en el institucional, es una labor difícil debido, por un lado, a la falta de información (apenas existen índices de prevalencia o datos que den constancia) y por otro a la ley de silencio, que prevalece en el ámbito en el que se da, tanto por parte de la víctima como por parte de los posibles agresores.

En cuanto a la atención del anciano maltratado, Goikoetxea (2012) señala que es necesario minimizar el daño sufrido para obtener el mayor beneficio para la persona. La intervención, por supuesto, se ha de realizar con el consentimiento del usuario/a, manteniendo así la independencia, autonomía y capacidad de decisión de la persona.

Decalmer y Glendenning (2000) señalan que es difícil evaluar el modo en que afectan los cambios de regulación y de las pautas de atención en los ancianos. Por ello, se hace necesaria la supervisión de estos cuidados, prestando atención a formas no habituales de contención e inmovilización y a las horas de comida y dietas y si se permiten elegir entre diferentes opciones. Se debe evitar también la falta de privacidad y la pérdida de dignidad e identidad de la persona, dentro de un régimen abusivo

Los mismos autores consideran la formación continuada y el reciclaje profesional, necesarios para la calidad del cuidado, además del aprendizaje de técnicas conductuales que permitan la identificación de situaciones de riesgo o abusos. Frente a la evidencia de que las personas ancianas sufren diferentes formas de maltrato, apenas existen procedimientos legales o cuasi-legales para protegerlos y corregir estas conductas, por lo que la intervención del Trabajo Social se hace aún más precisa.

Se debe atender también profesionalmente a los signos que pueden mostrar las personas mayores, tanto en el ámbito institucional como en el familiar, Rodríguez (2017) señala algunos signos de las personas mayores respecto del maltrato como son: el proyectar miedo hacia familiares o cuidadores, cambiar el comportamiento cuando estos salen de la sala en la que se encontraban, mostrar sentimientos de soledad y baja autoestima... Y también habla de observar al personal cuidador, que puede sufrir alto nivel de estrés, no tener conocimientos del proceso de envejecimiento, no encontrarse satisfecho con las tareas de cuidado, así como evitar que profesionales y personas ancianas interactúen negativamente tratando de contestar los primeros a las preguntas que iban dirigidas hacia la persona mayor, etc. En definitiva, se han de llevar por el Trabajo social tareas de prevención, así como de detección e intervención. Se tratará de prevenir con actuaciones orientadas a evitar la incidencia de malos tratos, así como colaborar en reducir factores de riesgo, modificar actitudes y mala praxis y potenciar los derechos de las personas (Rodríguez, 2017).

Esa misma autora señala la necesidad de detectar el maltrato, tanto si se trata de una situación puntual o prolongada y afirma que conocer los contextos en los que se debe intervenir es una responsabilidad de todos los profesionales de referencia, incluidos los de Trabajo Social. Además, se debe hacer una valoración de la situación de maltrato, recogiendo información precisa y veraz que confirme los hechos, el nivel y la gravedad. Hay que tener un conocimiento integral de la situación, analizada de manera multidimensional y multidisciplinar. Se debe ver la frecuencia o progresión y valorar la urgencia de una intervención, así como realizar un pronóstico incluyendo al causante.

Según Rodríguez (2017) la intervención social propiamente dicha se debe siempre orientar a la protección, atención y resolución de la situación, concretándose en un Plan de trabajo, determinado por: la gravedad, la capacidad de decisión de la persona y su aceptación del plan de actuación. Ese plan determinará si la intervención que debe realizarse es inmediata o prioritaria, coordinando a diferentes profesionales y recursos. Las recomendaciones para la intervención según la autora citada (Rodríguez ,2017) son:

- Valorar siempre posibles quejas de maltrato de la persona mayor.
- Entrevistar, si es posible, de manera privada a la persona.
- Interrogar al cuidador/a sin la persona afectada. Valorar estrés, ansiedad o sobrecarga.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

- Adoptar una actitud profesional que evite poner en peligro a la víctima.
- Valorar la gravedad de la situación y el riesgo de la víctima.
- No culpabilizar al cuidador/a cuando el maltrato sea por situaciones de abandono o negligencia.
- Anotar la sospecha de maltrato en la historia clínica o social y dejar constancia de lesiones.
- Informar a la persona sobre los cauces de acción posibles.
- Informar a profesionales, familiares o tutores de las acciones a ejercer.
- Realizar un seguimiento de las víctimas, sobre todo en caso de reincidencia.
- Comunicación a la inspección de la administración competente de los hechos y/o infracciones...

Se debe asumir que el maltrato institucional se puede dar por cualquier agente y ante las denuncias, los servicios sociales de inspección han de visitar a la persona mayor residente y comprobar su estado, aislamiento, limpieza, nutrición Posibles claves para una buena intervención en el contexto residencial, por parte de los profesionales en general y del Trabajo social s en particular, siguiendo a Rodríguez (2017) son:

- Una residencia es la vivienda habitual de la persona mayor, por lo tanto, estamos en su casa. Hay que ayudarles a vivir en este lugar con la mayor calidad posible.
- Las personas son únicas, diferentes, y, por lo tanto, tienen necesidades y capacidades diferentes, así como deseos y valores. Tienen dignidad y derechos, que hay que ayudarle a ejercerles.
- La persona sabe siempre mejor que nadie lo que desea y prefiere.
- Ha de ser informada y así, poder participar en las decisiones que le afectan.
- Los conocimientos profesionales han de ser utilizados para su bienestar.
- Trato agradable personalizado: la persona establecerá el estilo y la familiaridad.
- Los profesionales son responsables de ofrecer una mejor comunicación y relación a cada persona.
- El modo de trato debe ser incluido en la Historia o Plan de actuación individual.
- Hay que prestar atención especial a la preparación del ingreso, así como el momento en que se produce y la separación del medio habitual.

SEGUNDA PARTE.

7.- INVESTIGACIÓN SOCIAL PROPIA.

La investigación social se trata de un proceso organizado, objetivo y sistemático, utilizando métodos y técnicas científicas para el estudio de situaciones y problemas de la realidad social, con el propósito de generar nuevos conocimientos en ciencias sociales a través del planteamiento de cuestiones que tienen que ver con esa realidad (Cheesman, s.f.). También se puede definir la investigación como la actividad que se realiza para la obtención de datos, a través de la observación, experimentación, informaciones y conocimientos, para aumentar los diferentes campos de las ciencias sociales (Bonilla-Castro y Rodríguez, 1997).

7.1. OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.

El objeto del estudio de campo, llevado a cabo por la autora de este TFG, es conocer, en un número determinado de centros residenciales, situados en las provincias de Valladolid y Palencia, su realidad en cuanto a la atención a personas mayores, detectando los déficits que puedan existir en los cuidados, las actuaciones y protocolos llevados a cabo para la detección e intervención ante situaciones de maltrato, así como posibles buenas prácticas en este ámbito, considerando a su vez algunos aspectos éticos de esos cuidados y actuaciones. Para ello, se va a contar con profesionales que prestan servicios en centros residenciales, con diferentes formaciones y funciones, a fin de contar con una visión más amplia. En la medida de lo posible se intenta que las personas colaboradoras participantes, sean profesionales de Trabajo Social del centro.

7.2. FASES EN EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación ha sido realizada en 2018 a profesionales de Trabajo Social en Castilla y León, concretamente en la provincia de Valladolid y Palencia. Estos profesionales a los que se ha entrevistado trabajan en dos ámbitos diferentes y así unos profesionales prestan servicios en centros residenciales públicos, y otros en el ámbito privado, dependientes de entidades sin y con ánimo de lucro.

Las fases a seguir en cualquier investigación cualitativa y en la propia de este TFG son las siguientes:

1º) FASE O: Fase preparatoria.

Esta fase previa e inicial se corresponde con el diseño del proyecto de análisis cualitativo, planificación de los tiempos y distribución de responsabilidades y tareas.

2º) FASE Realización de Entrevistas a Profesionales expertos.

Con el fin de poder realizar el estudio se diseñó para el proyecto de investigación un guion para dar soporte a la investigación, con las preguntas del cuestionario, que finalmente se aplicaron a nueve profesionales, vinculados al ámbito de intervención en residencias de personas mayores.

3º) FASE de Análisis de Resultados.

De los resultados extraídos en las anteriores fases, se ha realizado un análisis objetivo y profesional de cara al logro de las metas planteadas y verificación de hipótesis.

4º) FASE de Elaboración de Conclusiones.

Tras el análisis de datos se procede a la plasmación de los resultados en un informe, en el cual se recogen a su vez las conclusiones extraídas que servirán de herramienta útil y eficaz en las intervenciones frente al maltrato institucional a personas mayores

7.3. PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La realización de la investigación ha tenido una duración de tres meses aproximadamente, se comenzó con el diseño de la entrevista el 15 de marzo de 2018 y ha finalizado el 5 de junio de este mismo año, con la entrega final del trabajo. Las fases que se han seguido han sido:

FASES	TAREAS	TEMPORALIZACIÓN
Diseño y planificación	Diseño del proyecto	Marzo 2018
	Planificación de tiempos	Marzo 2018
1 Metodología cualitativa	Listado de posibles profesionales a entrevistar	Abril 2018 (1ª semana)
	Elaboración de un guion de entrevista	Abril 2018 (2ª semana)
	Realización entrevistas a expertos	Mayo 2018 (3ª semana)
	Codificación de resultados	Mayo 2018 (4ª semana)
2 Análisis de resultados	Análisis de datos e informaciones extraídas	Junio 2018 (1ª semana)
3 Elaboración de conclusiones	Redacción de conclusiones y propuestas	Junio 2018 (2ª semana)

Elaboración propia, 2018.

7.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN: APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO A PROFESIONALES DEL ÁMBITO DE RESIDENCIAS DE MAYORES.

Se ha partido de un planteamiento de investigación cualitativa. La finalidad de este tipo de investigación analítica, que es más flexible que la cuantitativa, consiste en las descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando técnicas para recoger opiniones, actitudes, pensamientos y reflexiones de los individuos expertos desde su visión sobre el tema a analizar y constituyen un marco de referencia válido. Lo que interesa es lo subjetivo por lo que se incorpora lo que los participantes refieren, tal y como lo expresan. El proceso seguido a este respecto ha sido el siguiente:

1) En primer lugar se ha elaborado el guion del cuestionario que se iba a pasar a los/las profesionales. Estas preguntas están orientadas a cumplir con los objetivos que se ha propuesta en la investigación. Se trata de una serie de preguntas abiertas y otras redactadas en torno a la escala Likert.

Tanto las preguntas que se han realizado como las respuestas que se han dado vienen de una forma más detallada en el **Anexo V**.

2) Se ha seleccionado a los profesionales de residencias de mayores que iban a ser entrevistados, teniendo en cuenta las personas que podrían tener mayor disponibilidad en responder, que trabajasen de manera directa con mayores institucionalizados en centros de distinta titularidad y que se pudiera acceder a ellas fácilmente. Se eligieron con este criterio 17 personas, si bien sólo 9 profesionales al final respondieron y su perfil es el siguiente:

- Trabajador social de un centro residencial de la provincia de Valladolid, de carácter público y dependiente de una entidad local
- Trabajadora social de centro residencial público, ubicado en el ámbito de Palencia y dependiente de la administración autonómica
- Trabajador social de centro residencial privado dependiente de entidad sin ánimo de lucro, ubicado en el ámbito territorial de la provincia de Palencia
- Trabajadora social de residencia de mayores de carácter público, ubicada en la provincia de Palencia y dependiente de entidad local.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

- Trabajadora social de centro residencial de carácter público, dentro de la provincia de Valladolid y dependiente de entidad local.
- Trabajadora social de residencia de carácter privado, dependiente de una entidad sin ánimo de lucro en el ámbito de la provincia de Palencia.
- Trabajador social de un centro asistencial de carácter privado, dependiente de una entidad sin ánimo de lucro en la provincia de Palencia.
- Trabajadora social de centro residencial, privado, perteneciente a una entidad con ánimo de lucro y de la provincia de Palencia.
- Trabajadora Social de un centro socio-sanitario privado, dependiente de una entidad sin ánimo de lucro, en la provincia de Palencia.

3) Después de la selección de los profesionales, se les facilita el cuestionario para que lo puedan responder fijando un tiempo límite para ello

4) Seguidamente se analiza la información recogida para después crear las conclusiones obtenidas sobre la realidad de la atención a las personas mayores en centros residenciales y posibles intervenciones ante situaciones de malos tratos. Es importante destacar que las personas entrevistadas no responden a una muestra ni son representativas de los profesionales de este ámbito, por lo que únicamente se identifican con sus propias opiniones y sin más validez a efectos de extrapolación de datos que la representación de sus propias opiniones.

7.5. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN, CENTRADA EN PROFESIONALES DE RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES, ACERCA DEL MODELO DE ATENCIÓN Y POSIBLES SITUACIONES DE MALTRATO INSTITUCIONAL.

Se realiza en este apartado una síntesis de los resultados obtenidos en las respuestas aportadas, estando todas ellas desarrolladas, de forma literal y amplia en el **Anexo V**.

De las respuestas obtenidas puede afirmarse que la visión que tienen las profesionales acerca de problema investigado, se puede resumir en los siguientes ítems:

1) Aspectos positivos:

1. En la mayoría de los casos (56%), afirman que en sus centros existen protocolos para acoger y dar información a personas sobre cómo deben actuar si no se sienten bien tratadas. Esto significa que en un 44% no.
2. Es interesante reseñar que el 67% de las personas que responden afirman que, dentro de su centro residencial, existen protocolos o guías de buenas prácticas para evitar situaciones indeseadas, que puedan dañar a la persona mayor, bien de manera física o emocional y en un 33% no hay.
3. El 56% de los participantes opinan que en sus centros existen planes individualizados de intervención. Sin embargo, esto contrasta con el 22% de los profesionales que opinaron que en sus centros residenciales no existen las intervenciones individualizadas.
4. En el 56% de los casos los profesionales de referencia de los centros cuentan con directrices suficientes para saber cómo actuar en casos de maltrato. Esto supone que casi la mitad (el 44 %) no las tiene.

2) Aspectos negativos:

1. Sólo en una tercera parte de centros (el 33% de los casos), se tienen en cuenta, para cualquier decisión o actividad las preferencias y gustos de la persona, por lo que, o no se tienen nunca en cuenta, o se tienen en cuenta de vez en cuando, faltando así al derecho de autonomía y libre elección.
2. Respecto de las intervenciones individualizadas y adaptadas a su proyecto de vida, tan sólo el 22% de los profesionales afirma que esto ocurre totalmente con las personas mayores en sus residencias. Este dato indica que sólo se está en esta buena práctica en menos de la cuarta parte de los centros

3. Señalar un preocupante dato, y es que el 67% de los profesionales entrevistados /as han detectado, en los últimos dos años, prácticas de riesgo en la atención a las personas mayores de sus residencias.

3) Principales Dificultades señaladas:

1. El 67% de los participantes cree que el hecho de ser una persona en situación de dependencia, no pone en peligro ni en una situación de especial vulnerabilidad a la persona. Esto es una dificultad, ya que es difícil dirimir si es un aspecto positivo o negativo, debido a que, por una parte, se produce una situación de no discriminación a la persona, pero por otro lado hemos visto en el marco teórico que las personas mayores sí se encuentran en una situación de vulnerabilidad y si esto no se tiene en cuenta, se corre el riesgo de poner en un cierto riesgo a la persona.
2. El 56% de los profesionales afirma que, en su centro, existen sujeciones por motivos de seguridad, dando a entender que sólo se utilizan para garantizar la seguridad de las personas. Sin embargo, a nivel ético es importante establecer los límites entre autonomía y seguridad.

Dentro de las preguntas abiertas, es necesario señalar algunas conclusiones importantes de las respuestas obtenidas. Por una parte, podemos reseñar que, dentro de la primera pregunta acerca de los protocolos de actuación, las actuaciones previstas de forma mayoritaria son: informar a un superior directo, tomando medidas disciplinarias contra la persona causante del daño (despido, suspensión para aclarar el asunto...) o hablar con el residente e informar a la familia. Siempre se señala la necesidad de preservar al residente y su bienestar y tomar las medidas adecuadas, tanto hacia la persona que lo provoca como hacia la víctima. Solo en dos casos, se señala que no existen protocolos.

En cuanto a los déficits en la formación, son dos los profesionales (22%) que ven necesaria una mayor formación en habilidades sociales, inteligencia emocional y una mayor empatía. También dos son los que encuentran déficits en atención centrada en la persona y aspectos éticos del cuidado. Otros tres profesionales afirman no tener déficits en la formación, pero si encuentran a los profesionales inexpertos con respecto a las nuevas normas.

Ante la detección de una conducta inadecuada o impropia, las actuaciones que llevarían a cabo, se remiten a la pregunta número 1.

Respecto de si los años trabajados conllevan mayor riesgo de producir situaciones de *burn out* y, por lo tanto, de riesgo en la calidad de la atención, existen profesionales (tres profesionales) que afirman que todo depende de las actitudes y aptitudes, así como de la profesionalidad de los trabajadores y del tiempo que lleven trabajando, es decir, cuantos más años, mayor profesionalidad, lo que incentiva a llevar a cabo mejores prácticas diarias. Otros dos profesionales afirman que puede influir, pero a través de cursos de formación y de estímulos e incentivos al trabajador se pueden paliar los efectos.

En el tema de las sujeciones, las farmacológicas afirman que apenas se aplican y las físicas, sólo cuando supone un peligro para la persona en sí o para el resto de residentes (riesgo de caídas, autolesiones, agresiones a terceros...) y siempre con la autorización de la familia y prescritas por facultativos, con su correspondiente revisión periódica para evitar daños a la persona. Existen, asimismo, protocolos concretos acerca de las sujeciones y otros centros que están libres de estas o las evitan (78% de los profesionales). El 22% está tratando de que en los centros no se apliquen sujeciones o tratan de evitarlas.

En cuanto a las mejores previstas para la prevención y detección de casos de malos tratos y déficits, son cuatro (44%) los profesionales que afirman tener formación continuada a través de cursos que tienen que ver con habilidades sociales, inteligencia emocional y mala praxis.

Por último, en el tema de la adaptación de horarios a las costumbres de los residentes, siete (78%) de los profesionales, señalan que es muy complicado hacer flexibles los horarios, adecuándose estos a los intereses de los trabajadores, afirmando que las personas mayores se adaptan sin problema a estos y perdiendo margen para la atención individualizada, concentrándose las tareas en franjas horarias determinadas, sin respetar el ritmo de las personas.

Parece necesario hacer especial énfasis en una de las afirmaciones, que dice que los residentes no se adaptan fácilmente a los horarios, debido a que en casa no tenían horario, viviendo en una “anarquía”. También este mismo profesional compara a las

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

personas mayores con niños, afirmando que las rutinas, tanto en unos como en otros, favorecen mejor el día a día.

Por otra parte, las respuestas obtenidas de los profesionales a los que se ha aplicado el cuestionario señalan que en los centros residenciales donde prestan servicios, se dan conductas irrespetuosas para con las personas mayores y faltas en la atención. Así, el 56% de los profesionales, afirma haber observado que no se ha respondido a alguna pregunta que han hecho las personas mayores a sus cuidadores y el 78% ha visto responder de una manera rápida o brusca alguna petición de los residentes. Un 44%, dice haber visto en la atención a las personas mayores no respetar su intimidad en cuanto a habitaciones, baños, o cuando se están vistiendo o aseando. En contraste, el 100% afirma seguir las instrucciones o protocolo respecto de las personas atendidas, en lo relativo al cambio de absorbentes, cambios posturales, tratamientos médicos...

8. CONCLUSIONES GENERALES, VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS Y PROPUESTAS DE MEJORA.

8.1. CONCLUSIONES GENERALES.

Este Trabajo de Fin de Grado, a través de la revisión de los documentos consultados en cuanto a la temática y los datos de la investigación de campo con las respuestas obtenidas de diferentes profesionales de Trabajo Social, que llevan a cabo su labor en centros residenciales de personas mayores, nos ha permitido llegar a una primera conclusión, como es la importancia de los servicios de los y las profesionales del Trabajo Social en estos centros y su papel en la detección/atención de posibles situaciones de malos tratos a las personas residentes.

Asimismo, destaca que el colectivo de mayores que viven en residencias, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad, en la que los profesionales de atención y los/as de Trabajo Social, tienen el deber de proteger y estar alerta frente a posibles casos de déficits y/o faltas hacia las personas mayores, previniendo, detectando y actuando en estos asuntos.

Según el Catálogo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (2014), un recurso importante en el cuidado de las personas mayores con alto grado de dependencia son los centros residenciales, por ello, es en éste tipo de servicio en el que nos hemos centrado para en análisis de las situaciones de riesgo, como el maltrato, la negligencia y el abuso hacia este colectivo. Este tipo de situación no son un fenómeno nuevo, es decir, siempre han existido personas mayores sometidas a algún tipo de violencia (Decalmer y Glendenning, 2000). Son numerosos los autores e instituciones que tratan de definir el maltrato hacia las personas mayores, así como los que establecen la tipología y ámbitos, así como los escenarios en los que se puede dar, no habiendo un criterio uniforme, pero si la certeza de que es un problema que persiste y aumenta.

Por otra parte, hay establecidos diferentes perfiles y conductas que pueden incurrir en el maltrato a las personas mayores, así como los perfiles de las personas mayores maltratadas, que deben considerarse por el sector de centros residenciales y los profesionales que en ellos intervienen. En cuanto a las variaciones de trato no digno entran directamente en la dimensión ética del maltrato a las personas mayores, siendo

muy importante detectar dentro de las conductas lesivas, las que los infractores pueden conocer o desconocer y de las que son responsables o no (negligencia pasiva y activa).

Asimismo, es imprescindible considerar en la atención residencial y su funcionamiento los diferentes factores de riesgo, analizados en este TFG, como relevantes para la detección y atención de casos que puedan sufrir maltrato, tanto los que tienen que ver con las instituciones y el contexto, como con las personas maltratadas y los agresores.

Concretamente, hemos visto como dentro del maltrato institucional, también existen diferentes criterios para establecer las definiciones de situaciones de maltrato, negligencia o abuso, así como la dificultad de detectar el nivel de cuidados mínimo o cuáles son las conductas más frecuentes de maltrato. Por ello, se concluye que deberán trabajarse reflexiones y protocolos, en el ámbito de las administraciones competentes, de los Colegios Profesionales de Trabajo social y de las entidades representativas del sector de centros residenciales, que, desde la colaboración de expertos, resuelvan este problema para finalmente llegar a establecer los diferentes factores estructurales, profesionales, laborales y psicológicos que pueden llevar a este tipo de situaciones , para poder prevenirlas y evitarlas.

Por otra parte, y debido al enfoque ético de este TFG, se han ido señalando las principales dimensiones y principios éticos que pueden verse vulnerados dentro de los centros residenciales que no siguen buenas prácticas de atención a personas mayores. En este tema creemos que una conclusión relevante es que deberá ser objeto de trabajo en Grupos de Reflexión ética por parte de los responsables institucionales y profesionales de este ámbito asistencial, así como por los Comités de Ética de Servicios Sociales.

Ante las exigencias del nuevo contexto actual de profundo envejecimiento de la población, los y las trabajadoras sociales debemos reinventarnos, innovar y permanecer en constante formación y reciclaje, para dar mejor respuesta a las necesidades de este colectivo, sobre todo desde una perspectiva ética de respeto a la dignidad y a la capacidad de las personas para decidir sobre sí mismas y sobre los asuntos que la conciernen.

Asimismo, se pueden sacar otra serie de conclusiones del proyecto realizado, así como de la investigación llevada a cabo:

- Existen diferentes tipos de recurso para la atención a las personas mayores, de los cuales el más significativo son los centros residenciales. Dentro de estos, existen diferentes modalidades, de responsabilidad pública, privada y diferentes modalidades de estancia: permanentes y estancias temporales.
- Los diferentes tipos de maltrato se pueden dar por acción u omisión, es decir, por el acto de llevar a cabo una conducta de agresión o por la omisión de realizar diferentes acciones para las personas.
- El entorno familiar y las diferentes instituciones, es decir el lugar de residencia son los lugares principales donde se da maltrato a mayores.
- Existen variaciones en la conducta de los/as maltratadores/as que pueden explicar el maltrato, tanto por exceso como por defecto (obstinación en el cuidado o atención inapropiada o insuficiente).
- También se dan variaciones en el trato no digno y en la intencionalidad y responsabilidad (las personas se saben responsables o no del maltrato o ignorar que se producen estas situaciones).
- Dentro de los factores de riesgo para sufrir maltrato existen diferentes variables: psicológicas, físicas, familiares, institucionales, socio-ambientales, socioeconómicas...
- En los factores de riesgo para sufrir maltrato institucional, se dan factores relacionados con los dispositivos sanitarios y los/as profesionales, así como estructurales (relacionados con la institución, la infraestructura), laborales (jornadas laborales extensas) y psicológicos (personalidad del agresor, habilidades sociales o motivación). También se relaciona con la escasez de recursos y personal.
- Dentro del perfil de persona mayor maltratada, se da con mayor frecuencia en mujeres mayores de 75 años, impedidas, con afecciones mentales, aislados, deprimidos...
- Se dan barreras en la detección que se pueden relacionar con la propia víctima (negación del reconocimiento, temor a represalias), al maltratador/a (negación del maltrato o impedimento de los servicios sanitarios y sociales de entrar a detectar el maltrato), de los y las profesionales (carecer de

información y formación) y socioculturales (actitudes desfavorables y estereotipadas hacia las personas mayores).

- La ética del cuidado como responsabilidad para cuidar a los demás, preocupación por prestar ayuda, es clave en la provisión de cuidados hacia las personas mayores, ya que, si se utiliza este factor y los principios de la ética, se dará una mayor calidad en los cuidados.
- Se deduce claramente como los diferentes cuidados y actos sobre las personas mayores dentro de los centros residenciales, así como el propio ingreso y distanciamiento de las personas de su entorno, pueden afectar a los derechos básicos: dignidad, privacidad, autodeterminación, elección, etc.
- Por otra parte, es fundamental el buen trato con relación a la familia de la persona mayor, es decir, cómo quieren y han de ser tratadas las personas en las relaciones familiares, debido a que, si los y las profesionales prestan atención a este tipo de asuntos, pueden detectar e intervenir en posibles casos de maltrato o déficits en la atención.
- El buen trato en residencias también es importante, debido a que son el hogar de muchas personas, donde confluyen residentes y profesionales, en los que hay que facilitar la calidad de vida y ayudar a que las personas ejerzan sus derechos.
- El papel de los y las profesionales de trabajo social en el envejecimiento se ha de encaminar a mejorar la atención y la calidad de vida de las personas y solventar las pérdidas que la edad puede llevar.
- Las Guías de Buenas Prácticas, orientan a los profesionales en los riesgos que puede desencadenar el envejecimiento y en la atención específica, a través de una serie de principios. Se establecen también los derechos de los residentes.
- Existen recursos e indicadores para la detección del maltrato, que deben ser utilizados y tenidos en cuenta en la detección de los malos tratos.

De la investigación social llevada a cabo, se puede concluir que:

- Más de la mitad de los profesionales (el 56%), afirma que sus centros poseen protocolos de acogida e información a las personas sobre cómo actuar en casos en los que no se sientan cómodas o bien tratadas.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

- Se falta al principio de autonomía, elección y a la buena práctica de planificación individualizada, debido a que no siempre se tienen en cuenta a las personas y sus gustos para las actividades y decisiones, y tampoco están individualizadas (solo un tercio de los/as profesionales dice estar completamente de acuerdo con esta afirmación).
- La situación de dependencia y la edad no se ven como factores que incrementen la vulnerabilidad de las personas mayores, ya que solo 2 personas (el 22% de los y las profesionales) está parcialmente de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo, este aspecto contrasta con la teoría, que señala que tanto la situación de dependencia y la edad son factores que ponen en un mayor riesgo de sufrir situaciones de negligencia y maltrato.
- La mayor parte de los centros (el 67%) cuenta con protocolos o guías de buenas prácticas, fundamentales para guiar el ejercicio profesional, evitando situaciones negligentes o déficits en la atención, a través de los principios y derechos reconocidos en dichas guías, para las personas mayores.
- Por otra parte, gran parte de los/as profesionales afirma tener la formación periódica y adecuada (el 56%) para el cuidado de las personas mayores, por lo que se elimina uno de los factores que se señalan clave, para que se dé maltrato institucional.
- Las sujeciones, tanto farmacológicas como físicas, únicamente se utilizan por la seguridad del interno y de terceros, por lo que no iría en contra del principio de la autonomía de las personas.
- Siempre que se dan situaciones negligentes o de malos tratos, se preserva a la persona mayor, ante todo.

8.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.

Por otra parte, se señalaron una serie de hipótesis al comienzo de este TFG, que a continuación veremos si han sido verificadas o refutadas, a través del desarrollo de este trabajo, de la revisión bibliográfica y de la investigación llevada a cabo con los diferentes profesionales.

La primera hipótesis “La presión y la carga de trabajo de los cuidadores profesionales en residencias de mayores aumenta la posibilidad de que se produzca maltrato a las personas mayores, así como que aparezca el síndrome del *burn out*”, se ha confirmado, debido a la gran cantidad de estudios que señalan como factor clave para que se den malos tratos a personas mayores la sobrecarga y la escasa o insuficiente preparación de los y las profesionales del cuidado. Sin embargo, dentro de las encuestas, afirman que esto depende en gran parte de las aptitudes y actitudes de los y las trabajadoras para afrontar dicha carga y de los incentivos y motivaciones de estos para el trabajo (3 profesionales).

La segunda hipótesis: “hay factores y perfiles, ya analizados por diversos teóricos, que pueden servirnos de referencia para valorar riesgos de sufrir maltrato por parte de las personas mayores atendidas en centros residenciales, afectando a su necesidad y derecho a unas condiciones de trato digno”. Se confirma esta hipótesis, debido a que como se puede ver en los anexos de este TFG, existen factores, que, si bien no son determinantes, sí pueden darnos una idea del perfil de persona agresora y de persona maltratada, de manera que podamos valorar de manera más rápida y eficaz el riesgo de una persona para sufrir maltrato.

La tercera hipótesis “Las personas mayores sufren una mayor vulnerabilidad por razones de edad y dependencia derivada de problemas físicos o psicológicos, lo que supone un riesgo asociado a situaciones de maltrato sea en el ámbito familiar o residencial”. El factor “vulnerabilidad” se incluye dentro de los factores de riesgo de distintos autores que hemos mencionado, así como la indefensión en la que se encuentran debido al deterioro físico y psicológico asociado a la vejez. Sin embargo, los/as profesionales que han respondido al cuestionario de este TFG, no consideran que la dependencia o la edad puedan ser factores que aumenten la vulnerabilidad.

Esta situación de vulnerabilidad es aprovechada por las personas que tienen a su alrededor, bien sean cuidadores/as profesionales como no profesionales, en el ámbito físico, psicológico o para cometer actos como la negligencia o el abuso contra ellos. Esto verificaría la cuarta hipótesis “en los centros residenciales se pueden dar situaciones en las que se pone en peligro la dignidad e integridad física de la persona”. Además, se producen situaciones de desarraigo y de falta de redes sociales y de apoyo que antes existían, circunstancia cambiante debido a la edad y pérdida de relaciones o redes significativas

La cuarta hipótesis “los abusos y déficits de atención idónea a personas mayores en residencias, se producen, entre otros factores, porque se da una situación de mayor desamparo al encontrarse alejados de su entorno habitual y con reducción de sus relaciones de apoyo”. Esta hipótesis se confirma a través de la teoría ya que uno de los factores de riesgo se trata, precisamente, de que las personas, durante la tercera edad, y sobre todo con los ingresos en residencias, padecen situaciones de desarraigo y de pérdida de redes sociales, lo que conlleva un mayor riesgo de ser víctima de abusos y maltrato.

La quinta hipótesis: “algunas residencias no poseen un protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato ni facilitan formación a los/as profesionales en este sentido”, la quinta hipótesis, se refuta parcialmente, debido a que, en la práctica profesional, son numerosos los centros (56% de los y las profesionales) que cuentan con protocolos y actuaciones, además de con formación continua para intervenir y actuar en estas situaciones concretas, pero otros (en el 11 % de los casos) no.

Respecto de la sexta hipótesis: “existe una extensa bibliografía de referencia que puede guiar la detección e intervención en casos de malos tratos a personas mayores en residencias”, se verifica, debido a que es cierto que hay bibliografía que recoge teorías, indicadores de detección y riesgo, pautas de atención, así como competencias profesionales a través de las cuales se pueden detectar e intervenir ante situaciones de este tipo.

En cuanto a la séptima y última hipótesis, “Los recursos humanos, así como las normas de funcionamiento y actividades de las residencias permiten a la persona mayor su autonomía y decidir por sí misma”, es también refutada, ya que tan solo el 33% de

encuestados ha respondido que, en la práctica, se esté continuamente dejando elegir a la persona, de acuerdo con sus valores, normas y con decisiones con las que se sienta identificada.

8.3. PROPUESTAS DE MEJORA.

Con la referencia de todos los datos obtenidos considero de interés desarrollar las siguientes propuestas:

- Realizar programas de sensibilización de la ciudadanía en general y de formación de cuidadores no profesionales y profesionales acerca del respeto hacia nuestros mayores y la necesidad de facilitarles un buen trato y un buen cuidado.
- Potenciar la transmisión de las Guías de Buenas Prácticas y los Protocolos de actuación ante casos de malos tratos a los centros residenciales de personas mayores, a través de sus asociaciones más representativas para procurar unas mejores condiciones de atención y cuidado.
- Hacer llegar a las entidades públicas y privadas que gestionan centros residenciales de personas mayores el contenido principal de este TFG para que desarrollen actuaciones y medidas concretas en contra del maltrato.
- Proponer programas de formación a través de los Colegios Profesionales del Trabajo Social para extender la necesidad de trabajar con las personas mayores de manera biopsicosocial, de manera que se palíe el desarraigo que pueden sentir al salir de sus domicilios para ingresar en una residencia, así como seguir su ritmo y realizar un seguimiento en su adaptación al centro.
- Desarrollar estrategias de formación y otras medidas con los profesionales de cuidado directo ante posibles casos de *burn out* y estrés derivado de la carga de trabajo, promoviendo sus derechos laborales y jornadas reducidas si se da el caso.
- Promover a través de las entidades responsables de centros de personas mayores, Colegios Profesionales, organizaciones sindicales y de la Universidad, entre otros agentes, iniciativas de formación y reciclaje

continuado, sobre todo en el tema de la buena praxis, ética de las intervenciones y la ética del cuidado ante los profesionales de cuidado directo y ante los superiores.

- Ante el nuevo modelo de atención centrado en la persona, impulsado entre otras administraciones, por la de la Junta de Castilla y León, se propone que se realicen protocolos y sistemas de seguimiento respecto de poner a la persona mayor en el centro de las intervenciones, así como hacer que tome un papel activo en todas las intervenciones.
- Establecer estándares y sistemas de calidad en los centros residenciales de personas mayores por parte de las entidades públicas que tienen capacidad y competencia en la materia, desarrollando indicadores y medios de detección de riesgo e incidencias de negligencia, abuso o maltrato, para que ninguna de estas situaciones pueda quedar invisibilidad
- Impulsar iniciativas sociales de tejido asociativo de personas mayores dependientes y de sus familiares que puedan servir para canalizar la defensa de los intereses de este colectivo, denunciar situaciones de vulnerabilidad de derechos y servir de apoyo mutuo.
- Desarrollar investigaciones en este campo del maltrato institucional a personas mayores y realizar sistematización de las Buenas Prácticas, así como organizar grupos de reflexión, ética respecto a los principios que se relacionan con la dignidad y capacidades de las personas mayores y su derecho a un buen cuidado.
- Impulsar campañas y dar información a familiares y personas mayores a través de folletos, hojas informativas, etc., para que conozcan sus derechos y denuncien y en su caso, conozcan dónde denunciar posibles situaciones en las que los mismos se vean vulnerados.
- Dado que, según la investigación de campo, casi la mitad de los centros residenciales en los que trabajan los profesionales entrevistados no tienen protocolos de acogida ni de información sobre cómo actuar cuando no se sienten bien tratadas, se propone extender como una obligación el que existan estos protocolos en la totalidad de estos recursos.

- Es necesario establecer documentos y difundir Guías de Buenas Prácticas a todos los centros residenciales para que sus profesionales den importancia a la biografía y capacidad real de autodeterminación de las personas mayores, puesto que en la realidad del trabajo de campo solo un tercio de los profesionales entrevistados creían importante este tipo de intervención y menos de una cuarta parte de los mismos afirma que las actividades e intervenciones en sus residencias estén adaptadas al proyecto de vida de las personas mayores.
- En la organización de las residencias de personas mayores, en los calendarios, horarios y pautas relacionados con la carga de trabajo de los cuidadores profesionales se deberá evitar la sobrecarga y todos los factores que se han estudiado en este TFG asociados al síndrome de burn out o a perfiles de riesgo que inciden en posibilidades de llegar a situaciones de negligencia o maltrato.
- Los centros residenciales a través de la intervención del Trabajo Social y de sus responsables institucionales deberán favorecer las relaciones de las personas atendidas con sus familias o propias redes sociales de apoyo y para ello pueden ser buenos agentes colaboradores las asociaciones representativas del sector y los colegios profesionales creando grupos de trabajo técnico con las personas que desarrollan su actividad en ese ámbito.
- Podría establecerse, por parte de la Gerencia de Servicios Sociales, una plataforma con repertorio de bibliografía, documentos, Guías de Buenas Prácticas y foro para el intercambio de experiencias, que permita exponer referencias de utilidad respecto de protocolos de actuación correcta en la atención a las personas mayores.
- Potenciar el desarrollo de jornadas de prevención e intervención de malos tratos a personas mayores en situación de dependencia desde las entidades que llevan esta responsabilidad.
- Profundizar a nivel técnico y a través de investigaciones en las que pueden colaborar las universidades en propuestas de indicadores, escalas, test de personal y actitudes que permitan avanzar en la detección del maltrato institucional a personas mayores y en herramientas que

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

partiendo de las teorías y referencias teóricas relacionadas con el maltrato permitan detectar perfiles de riesgo en los profesionales responsables del cuidado en los centros residenciales.

- Continuar extendiendo, frente al modelo residenciales tradicional el modelo de unidades de convivencia centradas en la persona, donde se trabaja, siguiendo el modelo “mi casa” en un entorno con menos número de residentes donde es más fácil su cuidado personalizado y prevenir actuaciones de mala praxis.
- Establecer en las residencias de mayores o cuestionarios que permitan medir el grado de satisfacción con el trato recibido con relación a ciertos aspectos fundamentales.
- Finalmente, los profesionales de Trabajo Social, junto con otros que estén en primera fila de la relación realizarán una intervención inmediata ante situaciones de malos tratos que reflejarán en todo caso en el obligatorio libro de incidencias con el que deben contar los centros residenciales, implicando, asimismo, recursos de atención sociosanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abellán, A., Ayala, A., y Pujol, R., (2017). Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*, (15).

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*.

Barbero, J., y Moya, A., (2005). *Malos tratos a personas mayores: guías de actuación*. Madrid: IMSERSO.

Bazo, M.T., (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36(1), 8-14.

Bermejo, L., et al. (2011). *Guía práctica del buen trato a las personas mayores*. Madrid: sociedad española de Geriátría y Gerontología.

Blanca, J.J., Linares, M., Grande, M.L., Jiménez, M.C., Hidalgo, L., (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Scielo*, 12(3), 213-277.

Bohorques, L., Castro, C., Castillo, C., Congález, F., (2014). *Ética y desarrollo profesional*. Valencia: Tirant Humanidades.

CESCR Observación general número 6 (General Comments) sobre el tema “*Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores*” Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 8 de diciembre de 1995.

Cheesman, S. (s.f.). *Conceptos básicos en investigación*. Recuperado el 2 de mayo de: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1988). *Protocolo adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2010). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recomendación nº 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos*.

Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias (2009). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Parte I*. Asturias: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Consejería de Bienestar Social y Vivienda, Principado de Asturias. (2009). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Parte II*.

Consejo de la Unión Europea (2012). *Orientaciones del Consejo de la Unión Europea relativas a las personas mayores*.

Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978, *Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.

Corbacho, K., (2013). *El maltrato en el anciano*. Cantabria: Universidad de Cantabria.

De la Cuesta, J.L., (2006). *El Maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Donostia: Instituto Vasco de Criminología.

Decalmer, P., y Glendenning, F., (2000). *El maltrato a personas mayores*. Barcelona: Paidós Trabajo Social.

Decreto 269/1998, de 17 de diciembre, *por el que se regula la prestación social básica de ayuda a domicilio en Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 243, 21 de diciembre de 1998.

Decreto 14/2001, de 18 de enero, *regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores*. Boletín Oficial de Castilla y León, 17, 24 de enero de 2001.

Derecho 56/2001, de 8 de marzo, *por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores, dependientes de la Comunidad de Castilla y León, y a las plazas concertadas en otros establecimientos*. Boletín Oficial de Castilla y León, 57, 20 de marzo de 2001).

Decreto 16/2002, de 24 de enero, *por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a plazas en unidades de estancias diurnas*. Boletín Oficial de Castilla y León, 21, de 30 de enero de 2002.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

Decreto 24/2002, de 14 de febrero, *por el que se aprueba el Estatuto básico de centros de personas mayores de Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 36, 20 de febrero de 2002.

Decreto 2/2016, de 4 de febrero, *de autorización y funcionamiento de carácter social para la atención a personas mayores en Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 24, 5 de febrero de 2016.

Decreto 14/2017, de 27 de julio, *de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 145, 31 de julio de 2017.

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo SOC/279 sobre el tema “Malos tratos infligidos a las personas de edad avanzada” (Dictamen exploratorio). Bruselas, 24 de octubre de 2007.

Eguía-Careaga (2011). Los Derechos de las Personas y el Medio Residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles? *Zainduz Cuadernos técnicos Fundación Eguía-Careaga*, (02), 1-78.

Estrada, A., et al. (2010). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.

Etxeberria et al., (2013). El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, (71), 1-91.

Giró, J., (2016). El maltrato hacia las personas mayores. *Ehquidad*, (6), 139-159.

Goikoetxea, M., (2012). *Aspectos éticos en la atención a personas mayores*. Recuperado el 12 de marzo de 2018 de http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Goikoetxea.pdf

Goikoetxea, M., (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Revista de Ciencias Sociales*, (41), 424-448.

Iborra, I., (2005). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel.

Iborra, I., (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Generalitat Valenciana.

IMSERSO (2007). *Jornadas de prevención e intervención en malos tratos a personas en situación de dependencia*. Madrid.

IMSERSO (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Observatorio de personas mayores; Organización Mundial de la Salud (OMS); Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Madrid.

IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid.

IMSERSO (2008). *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 (2009). *Guía de Prestaciones para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia. Recursos estatales y autonómicos*. Madrid.

Informe del Secretario General A/68/167 sobre el tema “Seguimiento del Año Internacional de las Personas en Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”. 19 de julio de 2013.

Kessel, H., Marín, N., Maturama, N., (1996). Primera Conferencia nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, (31), 367-372.

Ley 14/1986, de 25 abril, *General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.

Ley 7/1991, de 5 de abril, *de asistencia y protección al anciano*. Boletín Oficial del Estado, 88, de 19 de abril de 1991.

Ley 5/2003, de 3 de abril, *de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 108, 6 de mayo de 2003.

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre *de medidas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de extranjeros*. Boletín Oficial del Estado, 234, de 30 de septiembre de 2003. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de*

Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, 15 de diciembre de 2006.

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, *de Servicios Sociales en Castilla y León.* Boletín Oficial del Estado, 251, 31 de diciembre de 2010.

Martínez, A.A., (2015). La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los Derechos Humanos. *Revista de Derecho Uned*, (17), 1067-1103.

Medina-Vicent, M., (2016). La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista, *Revista Internacional de Filosofía*, VI (67), 83-98.

Molina, M.E., (2002). La ética en el arte de cuidar. *Revista investigación y educación en Enfermería*, XX (2), 118-130.

Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos.*

OMS (2002). *Primer informe mundial sobre la violencia y la salud.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Orden de 30 de septiembre de 1994, *por el que se modifican determinadas normas del Estatuto básico de Centros Residenciales para personas con discapacidad del Insero aprobado por Orden de 4 de junio de 1992.* Boletín Oficial del Estado, 243, de 11 de octubre de 1994.

Orden de 12 de septiembre de 2002, *de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social por la que se determina la formación de los Auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio.* Boletín Oficial de Castilla y León, 192, 3 de octubre de 2002.

Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, *por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.* Boletín Oficial de Castilla y León, 96, 18 de mayo de 2007.

Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo, *por el que se regulan los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslado en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores.* Boletín Oficial de Castilla y León, 117, de 18 de junio de 2007.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

Orden FAM/298/2015, de 10 de abril, *por el que se modifica la Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.* Boletín Oficial de Castilla y León, 69, 13 de abril de 2015.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá. Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA)., (2002). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, (37), 332-333.

Organización Mundial de la Salud., (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(6), 319-331.

Paniagua, R., y Mota. R., (2002). La violencia hacia los mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, (10), 231-240.

Propuestas para el desarrollo de las orientaciones del Consejo de la Unión Europea relativas a las personas mayores (2012). Documento de debate, 6 de diciembre de 2012.

Real Decreto, de 24 de julio de 1889, *por el que se aprueba el Código Civil.* Boletín Oficial del Estado, 206, 16 de agosto de 1889.

Real Decreto 2620/1981, de 24 de julio, *por el que se regula la concesión de ayudas del Fondo Nacional de Asistencia Social a ancianos y a enfermos o inválidos incapacitados para el trabajo.* Boletín Oficial del Estado, 266, de 6 de noviembre de 1981.

Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, *por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de personas en situación de dependencia.* Boletín Oficial del Estado, 114, de 12 de mayo de 2007.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, *por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.* Boletín Oficial del Estado, 261, 31 de octubre de 2015.

Resolución 46/91, de 16 de diciembre de 1991, *de principios de las Naciones Unidas en favor de las personas en edad.* Naciones Unidas.

Resolución de 30 de abril de 2008, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determina la puntuación mínima exigida para el acceso al listado de demanda de plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos. Boletín Oficial de Castilla y León, 85, 6 de mayo de 2008.

Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; datos básicos del sistema de información del SAAD y Catálogo de referencia de Servicios Sociales. Boletín Oficial del Estado, 117, 16 de mayo de 2013.

Rodríguez, C. (2017). *Tema 3: Trabajo Social y personas mayores*. Material no publicado.

Rueda, J.D. et al., (2006). *El maltrato a personas mayores: bases teóricas para su estudio*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Documentos de Acción Social. Serie Personas Mayores.

Rueda, J.D., (2015). *Tema 3: escalas de actitudes y opinión*. Material no publicado.

Rueda, J.D., (2015). *Tema 5: construcción de Escalas tipo Likert. Medición y evaluación educativa*. Material no publicado.

Rueda, J.D., Lucas, J.A., y Zurro, J.J., (2015). De la esclavitud a la desvinculación forzosa. Dos formas de maltrato a personas mayores. Un reto para los Servicios Sociales sanitarios. *Aghatos, atención sociosanitaria y bienestar* (4), 24-35.

Rueda, J.D., y Martín, F.J., (2010). Propuesta de indicadores para la detección del maltrato institucional a personas mayores. *Aghatos, atención sociosanitaria y bienestar* (4), 14-27.

Rueda, J.D., y Martín, F.J., (2011). El maltrato a personas mayores: instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Cuadernos de Trabajo Social* (8), 7-33.

Sánchez del Corral, F., Ruipérez, I., (2004). *Violencia en el anciano*. Madrid: Portal de Mayores.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

Sánchez, T., (2005). *Maltrato de género, infantil y de ancianos*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.

Unión Europea (2000). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*.

Unión Europea (2004). *Tratado por el que se establece una Constitución para Europa*.

TERCERA PARTE

ANEXOS.

ANEXO I. FACTORES DE RIESGO Y TEORÍAS SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES.

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA POSIBILIDAD DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES Y CONSECUENCIAS.

Los procesos de envejecimiento llevan a un incremento de necesidades en las personas y por lo tanto a precisar de una mayor atención y esto, junto con la pérdida o limitaciones de la autonomía, ocasiona que a veces, las personas mayores sean consideradas una carga. Este se puede señalar como el primer factor que puede llevar a una situación de riesgo para la persona mayor y, por lo tanto, a una situación de maltrato. (Rueda et al., 2008). Pero pueden señalarse otros muchos factores que llevan a una situación de maltrato, y que tienen que ver tanto con la persona maltratada como con la persona maltratadora.

Así, desde el punto de vista del abuso físico y psicológico, algunas personas mayores pueden estar físicamente bien, pero tienen problemas emocionales, que aprovechan las personas maltratadoras (que a su vez a menudo tienen un problema de alcoholismo y/o enfermedad mental, viven con la víctima y son dependientes de esta). Las víctimas de negligencia son habitualmente muy ancianas, con discapacidad mental y/o física y aisladas socialmente. En estos casos, la persona cuidadora encuentra que la persona anciana supone una carga un estrés continuo. En los supuestos de abuso económico o material, suele tratarse de personas solteras o viudas y aisladas socialmente, que se relacionan casi exclusivamente con su cuidador/a que suelen ser normalmente personas con problemas económicos, unidos a una historia de drogas o alcoholismo. (Rueda et al., 2008).

Asimismo, la doctora Bazo (citado en Rueda et al., 2008.), establece, cuáles son las principales situaciones de riesgo:

- Tener cuidadores con problemas psicológicos.
- Persona mayor con demencia que permanece solo gran parte del día.
- Persona mayor que bebe demasiado.
- Persona cuidadora que se enfada con facilidad por la carga del cuidado.
- Persona mayor con demencia y que ejerce la violencia contra la persona cuidadora.
- Persona cuidadora incapaz de atender de manera adecuada las necesidades de la vida diaria de la que cuida.

En cuanto a las consecuencias del maltrato en las personas mayores Corbacho (2013), señala las siguientes.

- Secuelas como consecuencia de lesiones físicas: dependen del tipo de heridas o daños, la intención, gravedad, intensidad, frecuencia...
- Consecuencias psicopatológicas: la depresión y el estrés postraumático.
- Muerte.

DATOS SOBRE PERFIL DE LAS PERSONAS MALTRATADORAS Y DE LOS MAYORES VÍCTIMAS DEL MALTRATO.

Puede establecerse un perfil de la persona que ejerce un abuso considerando distintos factores de riesgo que pueden llevar a cometer esos actos (IMSERSO y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, citado en Rueda et al., 2008, p. 40) como los siguientes:

- Familiares con sobrecarga por el cuidado de una persona anciana durante un largo período de tiempo (promedio de 9 años y medio). El 75% vive con la víctima. En cuanto al parentesco, se ha demostrado que el 40% es el cónyuge, el 50% nietos/as e hijos/as.
- Parientes próximos muy estresados, el 48% son personas que necesitan dinero de sus víctimas y/o su casa.
- Personas Aisladas y desempleadas o con problemas económicos.
- Antecedentes de arrestos y delitos.
- Presencia de deterioro mental reciente o depresión o ansiedad (91%), alcoholismo o adicciones.

Por su parte Corbacho (2013) afirma que, en los estudios realizados, en 66% de los casos las personas que realizaban maltrato a mayores eran los propios cónyuges y el resto los hijos/as mayores. Él mismo autor afirma que el perfil, en un 50%, era de cuidador/a principal debido al estrés, y en el 85% de casos en el entorno familiar.

En cuanto a la persona mayor maltratada, siguiendo a Rueda et al. (2008) hay ciertos factores de riesgo de sufrir maltrato como son los siguientes:

- Variables psicológicas: de la persona mayor con relevancia de las enfermedades y discapacidades cognitivas que les ponen en una situación de vulnerabilidad.
- Deterioro general de todo el organismo, que puede llevar a malas prácticas por parte de las personas cuidadoras informales o profesionales o que la motivación o preparación no sean las adecuadas.
- A medida que las personas envejecen sufren alteraciones emocionales y de comportamiento que pueden contagiar a los cuidadores.
- Existencia de déficits sensoriales.
- Dificultad para moverse que supone un problema añadido.
- Déficit en competencias comunicativas y falta de competencia para resolver problemas.
- Escasas habilidades de auto-cuidado.

- Variables socio-ambientales, que forman parte del entorno socio-cultural de la persona, consideración de la vejez como etapa final de la vida, carga social y familiar, limita las oportunidades...
- En cuanto a valores sociales, la violencia se autoriza y favorece como método para la reafirmación y resolución de conflictos.

Según Marije Goikoetxea (2012), “solo se diagnostica aquello en lo que se piensa”. La identificación del maltrato en personas mayores es un tema sumamente difícil, ya que requiere un índice de sospecha y búsqueda. Lo primero que se ha de hacer según esta autora es reconocer los principales grupos de riesgo, como por ejemplo son:

- Personas ancianas que requieren de muchos cuidados y que excederán o han excedido las posibilidades de su familia para asumir esos cuidados.
- Mayores cuyos cuidadores sienten frustración debido a la responsabilidad de asumir ese papel y muestran pérdida de control con la situación.
- Los cuidadores muestran signos de estrés.
- Personas mayores que viven con su familia y han tenido una historia de violencia familiar previa o que viven en entornos perturbados.

Por otra parte, Corbacho (2013) delimita las circunstancias de riesgo para el maltrato, distinguiendo las que tienen que ver con la persona agresora por un lado y con las de la víctima por otro, de la siguiente forma:

- **A) Circunstancias y factores que tienen que ver con la persona agresora**
 - Es el cuidador/a.
 - Parentesco con la víctima.
 - Con problemas familiares.
 - Escasa formación educativa y cultural.
 - No acepta la responsabilidad de cuidador y lo hace por obligación.
 - Consumidor de fármacos.
 - Escasos o nulos contactos sociales y rechaza ayudas de cualquier tipo.
 - Económicamente dependiente de la víctima.
 - Enfermedad orgánica o discapacidad física.
 - Actitud hostil, suspicaz o irritabilidad
 - Frustración e inutilidad que provocan estado de “incapacidad para la vida”.
 - Antecedentes de violencia.
- **B) Circunstancias y factores de riesgo de malos tratos relacionados con la víctima**
 - Mujer de 75 años o más.
 - Deterioro anatómico o funcional.
 - Dependiente de su cuidador para las actividades básicas de la vida diaria.
 - Portadora de problemas de conducta y problemas, comportamiento difícil.
 - Deterioro cognitivo o amnesia.
 - Alteraciones conductuales de tipo sexual.
 - Signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, alteración en dosis de fármacos.

Muñoz, (2004), Moya y Barbero, (2006), por su parte recogen los factores de riesgo asociados a la persona mayor, al responsable, o agresor /a, los factores de riesgo estructurales o asociados al entorno para sufrir maltrato institucional y factores atribuibles a los profesionales.

- **Factores de riesgo asociados a la persona mayor**, en residencias o en su domicilio, tienen que ver con su grado de dependencia y su falta de autonomía, discapacidades de diferentes tipos, con sus derechos como persona mayor asumidos y el conocimiento y práctica de instrumentos para defenderlos. Con su nivel cultural, recursos económicos y personales, habilidades para relacionarse con otras personas y con instituciones. Existencia de apoyos o no, así como de tener cubiertas sus necesidades afectivas. Edad avanzada, viudedad, aislamiento y antecedentes de maltrato doméstico, cambios de domicilio y centro de salud, deterioro físico y/o cognitivo...
- **Factores de riesgo asociados al agresor/a**: correlación entre maltrato y agotamiento del cuidador/a principal cuando lleva tiempo realizando esta tarea, con problemas económicos o dependiente de la víctima en esta materia, en situación de crisis vital o de estrés por causas diversas, abuso de sustancias, trastorno mental, no asumir el papel del cuidador o la responsabilidad que eso conlleva...
- **Factores de riesgo estructurales o asociados al entorno**. Situaciones de pobreza y falta de recursos, conductas sociales negativas, débiles relaciones inter-generacionales, discriminación por razones de edad...
- **Factores que inciden en el Maltrato institucional**: carencias de los profesionales de atención o gerocultores porque se hacen cargo de tareas para las que no están formados ni preparados, no están motivados y no se les reconoce profesional y económicamente, sobrecarga, escasez de personal, procedimientos inadecuados, estructuras físicas de los edificios...
- **Factores atribuibles a los profesionales**: formación deficiente, rápida e incompleta; dedicación al mundo del mayor por razones fortuitas, sin preparación previa. El corporativismo como elemento que impide la denuncia de situaciones negligentes o de abandono o maltrato.
- **Factores biológicos**: estados biológicos, enfermedades, discapacidades, cognitivas o motóricas que las sitúan en una posición de vulnerabilidad. Se produce un deterioro que puede generar problemas en todos los ámbitos. Puede aumentar el estrés y la sobrecarga en las personas cuidadoras y facilitar la aparición de conductas violentas. También pueden incidir en mala praxis profesional, aumento de medicación, etc.
- **Factores psicosociales y de género**: la construcción social del género está presente en la violencia hacia las personas mayores de sexo femenino.
- **Factores socio-ambientales**: forman parte del entorno sociocultural. Si se ve la vejez como la etapa final, como una carga, esa consideración cultural del edadismo tiene el poder de propiciar la aparición de actitudes y estereotipos, mantener y consolidar hábitos, castigar y extinguir comportamientos por considerarlos no convenientes.

TEORÍAS SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES Y SUS CONSECUENCIAS.

Corbacho (2013), señala como principales teorías sobre el maltrato las siguientes:

- Teoría del aprendizaje social o la violencia transgeneracional: la violencia se aprende, y, por ello, es posible que personas maltratadas en la niñez cuando crezcan serán maltratadores.
- Teoría del cansancio del cuidador: el maltrato y la negligencia aparecen cuando existen factores estresantes externos y también relacionados con su cuidado y superan un umbral en el cuidador.
- Teoría del aislamiento: la privación de las redes sociales es factor de riesgo.
- Teoría de la dependencia: fragilidad funcional (pérdida de autonomía) y enfermedades (crónicas y alternaciones cognitivas) son condiciones de riesgo.
- Teoría de la psicopatología del maltratador: el maltratador tiene patologías en su personalidad (esquizofrenia, ideas paranoides...).
- Otras teorías: desde consumo de sustancias hasta dependencia de maltratador sobre la persona que recibe cuidados.

Por su parte Penhale y Kingston (1997) señalaban como teorías:

- El modelo situacional: teoría para explicar el maltrato infantil y otras maneras de violencia intrafamiliar, incluida la dirigida a personas ancianas. El aumento del estrés junto a otros factores, aumenta la posibilidad de situaciones de maltrato. Los factores indicaban son los siguientes (Block y Sinnott, 1979; Lau y Kosberg, 1979; Phillips, 1986):
- Relacionados con la persona mayor: dependencia emocional y física, mala salud, estado mental deteriorado, personalidad difícil.
- Factores estructurales: tensiones económicas, aislamiento social y problemas ambientales.
- Relacionados con los cuidadores: crisis vitales, burnout, agotamiento, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas de violencia.
- Modelo patológico: características de la persona cuidadora asociadas a problemas psiquiátricos y abuso de sustancias. Disminución de la capacidad para tolerar la frustración y controlar su conducta.
- Teoría del interaccionismo simbólico: interacción como proceso entre dos individuos, a lo largo del tiempo, con fases identificables, recurrentes, relacionadas y secuenciadas y que está sujeta a negociación y renegociación para establecer consenso. Los actores asumen unas metas y unas motivaciones, implicando a los demás, por lo que estas pueden corresponderse o no con lo que los demás asumen.
- Teoría feminista: maltrato en función del desequilibrio de poder.
- Demandas excesivas: conllevan situaciones de cuidadores agotados; el estrés provocado por el cuidado a la persona aumenta la probabilidad de que su cuidador/a se comporte de manera abusiva.
- Transmisión inter-generacional de la violencia: violencia aprendida y transmisión de la violencia dentro de la familia. El comportamiento violento es un método para expresar la ira y la frustración.

ANEXO II. SOSPECHA, DETECCIÓN E INDICADORES DE IDENTIFICACIÓN DE MALTRATO A MAYORES.

SOSPECHA, DETECCIÓN E INTERVENCIÓN RESPECTO DEL MALTRATO A MAYORES.

Moya (2005) señala que la persona mayor es una usuaria básica de los servicios sociales y socio-sanitario, y, en los que cada vez será mayor su presencia.

Corbacho (2013) afirma que, aunque este tipo de abuso ocurre frecuentemente, como otras formas de violencia doméstica, la detección y registro son menores. Los profesionales de la salud, por su relación directa con familia cuidadora y otros agentes, han ser susceptibles a este tipo de casos, utilizando recursos. La actuación debe ser coordinada para una atención integral. El enfoque multidisciplinario beneficia a la víctima y disminuye la carga de responsabilidad. Por otra parte, el mismo autor señala los principales instrumentos para la detección del maltrato

- *Spiane de Jonson* (1981). Selección para determinar malos tratos y negligencia.
- *Protocolo de identificación y Evaluación de Malos Tratos y Negligencia de Tomita*. Estrategia de evaluación para la explotación profesional. 6 tipos de maltrato: agresión física, violencia psicológica y verbal, explotación material, omisión o negligencia, agresiones sexuales y abuso de medicamento.
- *Estado de Salud y Actitud frente a la vida (HALF) de Ferguson y Beck*. Evalúa la dinámica familiar: estado de salud, actitud frente al envejecimiento, condiciones de vida y economía.
- *Detección de Malos Tratos (EADI) de Bloom*. Entrevista y observación. Datos a través de antecedentes médicos, conclusiones del médico y observaciones.
- *Índice completo de Malos Tratos de Sengstock y Hwalek (SHCIAE)*. Es una de las escalas más completas. Evalúa malos tratos físicos, negligencia física, violencia psicológica, negligencia psicológica...
- *Inventario de Servicios de Protección del Pennsylvania Department of Aging (OAPSIR)*. Evalúa los mismos parámetros que el anterior, más corta y operativa

INDICADORES DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES.

Rueda y Martín (2010) afirman que los tipos de maltrato que se dan contra la persona mayor son manifestaciones de un comportamiento ejercido, tanto por profesionales como por cuidadores no profesionales, bien sean familiares o personas contratadas para el efecto. La persona que lo ejerce se considera superior o con poder sobre la persona mayor. Esto se puede dar por falta de información o formación, problemas de carácter o sobrecarga, a circunstancias vitales o situacionales.

Algunas investigaciones hablan de prototipo de agresor; sin embargo, Rueda y Martín, en el año 2010, ponen de manifiesto lo contrario. Ambos autores presentan los resultados de un estudio de validación de instrumentos para la detección de maltrato institucional señalando que tales indicadores e instrumentos

tienen el objetivo de intentar medir la prevalencia de malos tratos en personas mayores. A este respecto los indicios de maltrato institucional que señalan son:

- A) Posible negligencia:
 - Desnutrición y deshidratación.
 - Petición o robo de comida.
 - Palidez, ojos o mejillas hundidos.
 - Rechazo de servicios médicos o sociales.
 - Encamamiento prolongado.
 - Ropa sucia, vieja, rota.
 - Enfermedades no tratadas.
 - Retraso de la atención al timbre de llamada.
 - Descuido en el entorno residencial.
 - Retraso en el cambio de pañal.
 - Olor a orina y heces.
 - Uso incorrecto de dispositivos de contención física.
- B) Abuso físico:
 - Lesiones inexplicables.
 - Magulladuras múltiples.
 - Calvas.
 - Marcas de dedos, hematomas.
 - Moratones en diferentes partes del cuerpo.
 - Irritación genital e infecciones urinarias.
 - Intentos por ocultar diferentes partes de su cuerpo.
 - Accidentes.
 - Letargo, dificultad de hablar, caminar, comer.
- C) Abuso psicológico:
 - Temor, vergüenza, culpa.
 - Tensión en el baño o vestido.
 - Pasividad, sumisión.
 - Cambios de comportamiento.
 - Actitud de defensa.
 - Desamparo, llanto. Aislamiento.
 - Evitación de contacto visual y replegamiento físico.
 - Síntomas depresivos.
 - Susplicacia o agresividad.
 - Búsqueda de atención y protección.

- E) Abuso financiero
 - Cheques sospechosos.
 - Movimientos en cuentas que son sospechosos.
 - Libretas mancomunadas.
 - Familiares desconocidos que aparecen para reclamar bienes.
 - Impago de facturas.
 - Austeridad injustificada.
 - Desaparición de joyas u otros objetos.
 - Presión de diferentes familiares en torno a cuestiones financieras.

POSIBLES BARRERAS EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO A MAYORES.

Schiamberg y Gans (2000) señalan que la prevalencia sobre el maltrato y la negligencia es muy difícil de estimar, debido a la gran cantidad de casos que no son reconocidos o informados. Los problemas en cuanto a la definición, la negación de la situación de la víctima y que este tipo de casos ocurren normalmente dentro del seno familiar hace que este maltrato sea aún más difícil de detectar.

Añaden, además, que la escasa concienciación existente y la reticencia de los profesionales para informar del maltrato y, por último, los usos de metodologías diversas hacen muy complicada no sólo la detección sino la comparativa de resultados.

Corbacho (2013) afirma que no existen estudios con una base que permita ver el alcance de este problema en España, aunque hay autores que han tratado de investigar, desde el punto de vista epidemiológico y buscando herramientas y factores de riesgo. Las cifras se sitúan desde el 35% de los atendidos por centros de servicios sociales, al 8,5% de pacientes hospitalizados.

Sin embargo, a pesar de la información existente sobre factores e indicadores de riesgo que puedan influir en el maltrato, existen barreras que obstaculizan la identificación de las situaciones de maltrato (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Estas se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- Barreras de la víctima, como negación, miedo a posibles represalias del responsable del maltrato, la institucionalización... dependencia económica, emocional, vergüenza, culpa, sistema de creencias (nadie puede ayudarle, creer que lo merece, que es un problema familiar...) mal estado de salud físico o cognitivo...
- Barreras de los responsables del maltrato. Negación (niegan la existencia de tales hechos), negación a la puesta en marcha de intervenciones cuando el maltrato se confirma, a que se evalúe a la víctima en privado, aislamiento... (Schiamberg y Gans, 2000; Papadopoulos y La Fontaine, 2000).
- Barreras relativas a familia, amigos... no saber con quién tratar el tema, qué pueden hacer, no querer involucrarse, no querer reconocer lo ocurrido... (Schiamberg y Gans, 2000).

- Barreras socioculturales son el edadismo, que se trata de actitudes negativas y desfavorables hacia las personas mayores, considerando a este colectivo como personas con menos derechos y menos importantes que otros miembros de la sociedad; falta de concienciación hacia este asunto, la percepción de la situación como normal... (Schiamberg y Gans, 2000; Blakely, Dolon y May, 1993; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002)
- Barreras de los profesionales son la falta de conocimiento sobre el maltrato como la prevalencia, señales de alerta, temor a que la víctima pierda la confianza en ellos o provoque mayor daño, no tener una orientación en cuanto a las pautas de actuación, de servicios y recursos disponibles, no querer involucrarse... (Blakely, Dolon, May, 1993; Schiamberg y Gans, 2000; Reay y Browne, 2002; Henderson, Buchanan y Fisher, 2000).
- Barreras estructurales: falta de recursos personales, económicos y servicios y falta de concienciación (Schiamberg y Gans, 2000).

Casi en idéntico sentido Rueda et al. (2008), señalan, entre otras barreras, las siguientes (p. 24):

- Barreras en la propia víctima, por la negación en el reconocimiento del maltrato, el temor a las represalias por parte de las personas que les maltratan (temor a una institucionalización, mayor tensión que puede llevar a un peor trato, chantaje emocional...) sus sentimientos de vergüenza por la pérdida de la autoridad y por verse afectado por este tipo de maltrato, la existencia de deterioro cognitivo que no permite detectar el maltrato por parte de la persona que lo sufre, miedo a que no le crean, estar aislado socialmente, etc.
- Barreras de la persona maltratadora, debido a la negación del maltrato o impedir que los servicios sanitarios y los servicios sociales entren a detectar ese maltrato rechazando, además, las intervenciones por parte de estos servicios.
- Barreras por parte de los profesionales, como carecer de información y formación necesaria y de protocolos de actuación para la detección, intervención y concienciación, no creer a las personas mayores, miedos a verse involucrados en cuestiones legales, desconocimiento de recursos por escasa formación, etc.
- Barreras socioculturales debido a actitudes desfavorables y estereotipadas hacia las personas mayores por verlos menos productivos, insuficiente información y sensibilización debido a la falta de concienciación, valores que influyen en las maneras de abordar conflictos para evitar intromisiones de personas extrañas en sus familias.

ANEXO III. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA.

Dada la profusa legislación relacionada con la materia objeto de este TFG, clasificaremos y presentaremos la normativa de referencia y/o aplicación en la materia, distinguiendo en los ámbitos internacional, estatal, y autonómico de Castilla y León, como contexto más próximo.

EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.

Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948). Se establecen como derechos universales la libertad, la justicia y la paz, a través del reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales de todas las personas. Así, se reconoce además que toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole.

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas en edad. Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991, y se pueden resumir en:

- Independencia.
- Participación.
- Cuidados.
- Autorrealización.
- Dignidad.

Observación número 6 del Comité de los Derechos Económicos, sociales y culturales (derechos económicos, sociales y culturales de las personas en edad) del año 1995. En esta observación se recogen las diferentes políticas aprobadas internacionalmente en favor de las personas mayores como el Plan Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas en edad, así como los derechos recogidos en estas políticas. Además, se señalan las obligaciones de los Estados que forman parte del pacto.

Recomendación general número 27 sobre mujeres mayores y protección de sus derechos humanos (2010).

Se da orientación a los Estados para la inmersión de la mujer mayor en sus informes o la presencia de toda discriminación contra las mujeres mayores, a través del respeto y protegiendo su dignidad y derecho a la integridad. Además, se exponen motivos de preocupación y diferentes recomendaciones.

Plan de Acción Internacional de Viena en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982).

En este plan se establece un marco teórico de antecedentes demográficos, principios que orienten la acción y diferentes recomendaciones para la ejecución y para llevar a cabo estos principios.

Protocolo adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988). Este protocolo complementa a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Establece que todos los Estados que formen parte de este protocolo se han de comprometer con las medidas adoptadas en dicho protocolo. Además, se reconoce, entre otras cosas, el derecho al trabajo, igualdad de condiciones, derecho

al trabajo, derecho a la seguridad social, derecho a la salud, derecho a la alimentación, derecho a la constitución y protección de la familia, protegiendo concretamente a los niños, las personas mayores y con discapacidad.

Orientaciones del Consejo de la Unión Europea de 6 de diciembre de 2012, relativas a las personas mayores. Se realizan propuestas relativas a diferentes ámbitos, como el empleo, la participación en la sociedad, la vida independiente y la no discriminación, la igualdad de oportunidades y atención a las personas y situaciones de mayor vulnerabilidad. Dentro de estos ámbitos, las propuestas más relevantes son:

- Condiciones de trabajo sanas.
- Estrategias de gestión de la edad.
- Servicios de empleo para trabajadores mayores.
- Evitar discriminación por edad.
- Inclusión social.
- Voluntariado de jubilados y mayores.
- Participación en la toma de decisiones.
- Apoyo a cuidadores no profesionales.
- Fomento de salud y prevención de enfermedades.
- Alojamiento y servicios adaptados.
- Entorno, productos y servicios adecuados a las personas mayores.
- Aumentar al máximo la autonomía a largo plazo.

Constitución europea. (2004) Se establece la Unión Europea con una serie de valores, como promover los derechos de las minorías, pluralismo, no discriminación, tolerancia, la justicia, solidaridad e igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. El ciudadano europeo pasa a ser el protagonista.

Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2000): en este documento se recogen los derechos fundamentales de los ciudadanos de los Estados miembro de la Unión Europea. Así, algunos de los más importantes y aplicables son: derecho a la dignidad humana, a la vida, a la integridad de la persona, prohibición de tortura y penas o tratos inhumanos o degradantes, respeto a la vida privada y familiar, derecho a la propiedad, no discriminación, igualdad entre hombres y mujeres, derechos concretos de las personas mayores, protección de la salud, seguridad social y ayuda social, derecho a la tutela judicial efectiva y a un juez imparcial...

EN EL ÁMBITO ESTATAL DE ESPAÑA.

Constitución española (1978): en los diferentes títulos de la Constitución Española se reconocen diferentes derechos y deberes de las personas, entre los que se puede señalar derecho a la vida y a la integridad física y moral, derecho a la libertad y la seguridad, derecho al honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen, derecho a elegir libremente su residencia, a participar en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes, derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales. Asimismo, los poderes públicos, deben asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, además de las pensiones adecuadas y actualizadas para la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad.

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. en este decreto se recoge el derecho de los españoles a la Seguridad Social, el campo de actuación del sistema de la Seguridad Social, así como la acción protectora a diferentes situaciones como pensiones públicas, contributivas y no contributivas, los servicios sociales y la asistencia social.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Regula las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio del derecho de ciudadanía, a la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de Dependencia. Se realizan definiciones básicas para la comprensión de la Ley: autonomía, dependencia, actividades básicas de la vida diaria... se establecen también los niveles básicos de protección, las prestaciones y el Catálogo de servicios para la atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y el instrumento para la valoración del grado de dependencia, los niveles y grados.

Real Decreto, 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil. En el Código Civil se establecen artículos que reglan sobre esta materia: en concreto, la obligatoriedad de alimentos entre parientes, las relaciones paterno-filiales, la incapacitación por diferentes motivos, tanto a menores de edad como a personas mayores, la asunción de la tutela y las obligaciones del tutor.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Se establecen los deberes a cumplir por cualquiera de las figuras existentes en cuanto a la protección de las personas (tutela, guarda o acogimiento)

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de extranjeros. Establece un marco teórico en cuanto a la delincuencia y la violencia doméstica, señalando que se cometen con habitualidad. Se establecen cambios en el código penal en materia de extranjeros y en las penas relativas a la violencia doméstica.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En esta ley se establece el derecho a la protección de la salud de las personas, así como el funcionamiento del sistema nacional de salud, así como las actuaciones de este.

Ley 7/1991, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano. Establece las condiciones mínimas que deben tener los centros residenciales, de manera física, pero también en su reglamento de régimen interior, así como los precios, tanto de centros de titularidad pública y privada.

Real Decreto 2620/1981, de 24 de julio, por el que se regula la concesión de ayudas del Fondo Nacional de Asistencia Social a ancianos y a enfermos o inválidos incapacitados para el trabajo. Se instauran los requisitos para el acceso de la concesión de ayudas de Fondo Nacional de Asistencia a ancianos, enfermos o inválidos, el procedimiento para el acceso y la naturaleza y régimen de esas ayudas.

Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre el nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia garantizado por la Administración General del Estado. En este decreto se regula el nivel mínimo de atención a las personas con dependencia y los niveles de protección, así como la configuración del nivel mínimo.

Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. Se reconoce a los cuidadores no profesionales y de qué manera les protege la Seguridad Social y la cotización a la Seguridad Social.

Orden de 30 de septiembre de 1994, por la que se modifican determinadas normas del Estatuto básico de Centros Residenciales para personas con discapacidad del Inerso, aprobado por Orden de 4 de junio de 1992. Se distinguen dos centros: los Centros Residenciales de Minusválidos Físicos y los de Minusválidos Psíquicos (CAMF y CAMP), los objetivos y condiciones de ambos centros y las categorías.

Orden de 4 de junio de 1992, del Ministerio de Asuntos Sociales por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros Residenciales para personas con Discapacidad del Instituto Nacional de Servicios Sociales. Se establece la naturaleza y tipología de Centros, así como la categoría. Además, se rige en cuanto a la dirección de estos, los beneficiarios y sus derechos y deberes.

EN EL ÁMBITO DE CASTILLA Y LEÓN.

Decreto 2/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León. El objeto de este decreto es establecer el régimen de autorización y funcionamiento de centros de carácter social, se clasifican los centros sociales para la atención a personas mayores (residencial y centro de día), se realizan diferentes definiciones que aclaran conceptos de la ley (persona mayor, persona dependiente, actividades básicas de la vida diaria...), el modo de solicitar la autorización e inscripción de centros y la solicitud, la documentación necesaria y de qué manera se ha de adaptar el centro.

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales en Castilla y León. Se comienza realizando una definición de servicios sociales, estableciendo como órgano básico de atención los Centros de Acción Social (CEAS), se configuran los servicios sociales de titularidad pública y de titularidad privada, así como los principios básicos que regirán la práctica de los servicios sociales, se distinguen también las prestaciones, diferenciando esenciales y no esenciales, la organización territorial y las competencias y planificación territorial.

Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León. Se pretende garantizar el respeto a las personas mayores y sus derechos, así como los principios que rigen la práctica, como la solidaridad, el voluntariado y el respeto a la capacidad de decisión de la persona, así como la implicación de las Administraciones Públicas, previniendo situaciones de abandono y maltrato y su derecho a un alojamiento adecuado. Se tipifican, asimismo, diferentes faltas y delitos que pueden fallar a estos principios recogidos en la ley.

Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León. Se establecen siete pilares básicos, entre los que se encuentra la actividad básica de los centros de carácter social, los valores fundamentales de esa actividad, así como la categoría de las plazas residenciales. Se desarrolla el procedimiento de autorización de centros y su inscripción en Registro, los principios básicos, se trata de la organización de los centros y su funcionamiento.

Decreto 14/2001 de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. Se establece la tipología de usuarios y determinadas definiciones para comprender mejor el Decreto (persona mayor, persona válida, persona asistida...), la autorización e inscripción de los centros, la tramitación y plazos para el acceso a los recursos, la adaptación y estado de los centros y su emplazamiento.

Orden FAM/298/2015, de 10 de abril por la que se modifica la Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. Se realizan cambios en cuanto a la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y la prestación vinculada.

Decreto 269/1998, de 17 de diciembre, por el que se regula la prestación social básica de ayuda a domicilio en Castilla y León. Se refiere a la ayuda a domicilio como programa básico y tradicional de los Servicios Sociales, los principios que rigen este servicio, los usuarios que pueden acceder y los requisitos, el contenido de la prestación y los profesionales de ayuda a domicilio, así como el baremo de acceso.

Orden de 12 de septiembre de 2002, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social por la que se determina la formación de los Auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio. Se establece el contenido de la formación mínima y de qué manera se puede adquirir esta formación.

Decreto 56/2001, de 8 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores, dependientes de la Comunidad de Castilla y León, y a las plazas concertadas en otros establecimientos. Se regula el acceso y autorización de plazas residenciales, así como la lista de espera.

Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto básico de centros de personas mayores de Castilla y León. Se aprueba el Reglamento de Régimen Interior que debe respetar este estatuto, el concepto de centros de personas mayores dependientes de la Gerencia, los beneficiarios, los derechos y la pérdida de estos, el directos y funciones de este, y el consejo del centro.

Resolución de 12 de marzo de 2007, de la Gerencia de Servicios Sociales de CyL, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada, relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación en materia de reserva y ocupación de plazas en centros de Servicios Sociales. Se establece el precio máximo para los centros de personas mayores

Decreto 16/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en unidades de estancias diurnas se establece el acceso y el baremo, así como la puntuación del baremo y la solicitud de ingreso.

Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo, por la que se regulan los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslado en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores. Se regulan los baremos para valoración de la solicitud de ingreso en unidades de estancias diurnas.

Resolución de 5 de noviembre de 2009, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León por la que se establece el coste máximo de la plaza ocupada. Se establecen los costes máximos por día de plaza ocupada de Centros de Servicios Sociales, se formalizan los conciertos de reserva y ocupación de plazas.

Resolución de 30 de abril de 2008, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determina la puntuación mínima exigida para el acceso al listado de demanda de plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la administración de la comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos. Establece los principios para la elaboración de listados de valoración y demanda en las que se integran las personas mayores que soliciten una plaza residencial, así como la puntuación necesaria para acceder.

Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Ligado a la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, que establece un baremo mediante el cual valorar la situación de dependencia y reconoce el derecho de las personas a acceder a las prestaciones, así como la formulación de la solicitud y la documentación necesaria.

ANEXO IV. RELACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES CON SU ENTORNO Y PAUTAS- GUÍA PARA SU BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO.

RELACIONES DE LA PERSONA MAYOR CON SU ENTORNO FAMILIAR, INSTITUCIONAL Y SOCIAL.

Según Giró (2014), la violencia sobre las personas mayores se da debido a un cambio en la estructura demográfica y de los valores hacia las personas en edad. Se ha dado un aumento muy significativo de la población de mayor de sesenta y cinco años, convirtiéndose en uno de los segmentos de población más importante, representando en España según datos del censo del padrón, a uno de enero de 2012, el 17,4% de la población.

Otro cambio se observa en la composición familiar, la cual disminuye en el número medio de personas por hogar, dándose hogares unipersonales y habiendo un gran número de personas mayores viviendo en soledad, a pesar de la coexistencia de hasta cuatro generaciones vivas.

Según dice Goikoetxea (2013), los seres humanos no somos autosuficientes viviendo solos, requerimos de un “nosotros” en el ser y desarrollarnos. Las otras personas son el hogar, recursos para capacitarnos como un “yo” autónomo. Tampoco nos conformamos con cualquier vida, si no que perseguimos la mejor posible en cada momento.

Toda vida tiene momentos en los que necesitamos y otras etapas en las que nos desarrollamos. Las personas mayores de 65 años viven etapas de desarrollo, de autorrealización. Sin embargo, desde el punto de vista de la dependencia, las personas mayores necesitan de otras para poder llevar a cabo actividades que tengan que ver con su desarrollo. Aparecen nuevas necesidades que tienen que ver con el cambio de la función social (Goikoetxea, 2013).

En el contexto residencial, compartimos una vida, valores, fines, proyectos. Sin embargo, hay una exigencia mayor de buen trato, porque las personas mayores son más vulnerables al tener expuesta su intimidad. Las relaciones que exigen son de excelencia profesional, un compromiso de hacer el bien y evitar violentar la intimidad y privacidad de las personas.

Por otra parte, las redes sociales de las personas cambian, se transforman debido a la mortandad de miembros, falta de nuevas relaciones y que mantener las actuales resulta complicado, debido a que el ingreso en una institución puede provocar alteraciones de conducta, pérdida de capacidades sensoriales y de relaciones en general (Rodríguez, 2017).

BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES POR PARTE DE SU FAMILIA.

Nevado (2011), en la Guía de Buen Trato señala cómo quieren ser tratadas las personas mayores en relación con su familia. Los profesionales, tanto del ámbito comunitario como de centros residenciales deben prestar atención a los siguientes asuntos:

- Observar el tipo de comunicación que la persona ejerce con su familia, observar libre de juicios y culpabilidades. Ver la emoción y disonancias fruto de la hora de hablar de sus emociones y

sentimientos.

- Potenciar la escucha activa en las intervenciones, tanto con personas mayores como con sus familias y valorar las prioridades.
- Mediar en posibles conflictos, escuchando a todas las partes, por separado y ofreciendo un espacio para dialogar y buscar consenso.
- Realización de un genograma en el que se analicen las relaciones previas a la situación actual.
- Ayudar a que las personas mayores soliciten ayuda de sus hijos u otros familiares, expresando sus emociones y necesidades. Romper el miedo a una respuesta negativa.
- Fomentar cambios en la comunicación con los hijos de manera paulatina.
- Comunicación guiada por sentimientos y la información que transmitimos y comprendemos. Establecer contacto con las personas, dando o recibiendo la información, expresar o comprender lo que pensamos, transmitir sentimientos...
- Potenciar el respeto mutuo y cumplir lo pactado.

ALGUNAS PAUTAS PARA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INSTITUCIONAL.

En cuanto a la prevención del maltrato Moya (2005) señala algunas pautas como son por ejemplo las siguientes:

- Potenciar asociaciones de familias de Residentes.
- Consultar a Asesores que busquen un centro apropiado evitando problemas y aconsejando sobre trato inadecuado, incapacidad legal...
- Formación de cuidadores, familiares, profesionales... con una formación reglada.
- Establecer Protocolos de Valoración geriátrica y situación de dependencia en coordinación con los servicios de atención primaria de salud:
 - Exploración física.
 - Valorar capacidad mental.
 - Valorar depresiones, demencias, aislamiento...
 - Valorar dificultades físicas para actividades de la vida diaria
 - Asociación geriátrica.
 - Grupos de autoayuda.
- Sensibilizar a la sociedad, haciendo ver las prácticas abusivas, así como la necesidad de denunciar y de imponer castigos reales a agresores.
- La administración pública competente en materia de centros residenciales debe ejercer control a través de:
 - Servicios Sociales.
 - Médico de familia.
 - Urgencias médicas.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

- Inspectores en residencias.
- Juzgados en el tema relativo a incapacitaciones.

ANEXO V. CUESTIONARIO Y RESPUESTAS

CUESTIONARIO

Edad: _____ Sexo: _____ Número de años trabajando en el centro: _____

Formación: _____ Puesto de trabajo: _____

Afirmación	Total acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo
Hay en el centro un protocolo de acogida u otro sistema (que se podría mostrar) para dar información inicial a las personas mayores y sus familias sobre cómo actuar en casos en que la persona no se sienta bien tratada.			
Se tienen siempre en cuenta en el centro para cualquier decisión o actividad las preferencias y gustos de cada persona atendida (vestido, comidas, ocio, etc.)			
Las intervenciones con las personas mayores siempre están individualizadas y adaptadas a su proyecto de vida, evitándole así incomodidades			
La situación de dependencia pone a la persona en unas circunstancias de vulnerabilidad, que lleva a la sobrecarga de sus cuidadores y a situaciones de peor trato en el centro			
El centro cuenta con un protocolo o guía de buenas prácticas para evitar situaciones indeseadas que por parte de los profesionales de atención, aunque sea de modo involuntario, puedan dañar el bienestar físico y emocional de la persona residente			
Se da al personal de atención del centro suficiente formación periódica en el cuidado de la persona mayor que incluya aspectos para prevenir maltrato y actuar frente a situaciones que puedan dañarles.			
En la práctica se recurre a las sujeciones necesarias por seguridad			
Cada residente tiene un programa individualizado de intervención donde se contemplan las posibles incidencias de situaciones de negligencia o maltrato.			
El profesional de referencia de cada residente tiene directrices escritas sobre cómo informar/actuar ante la detección de una situación de maltrato o negligencia.			
Se ha detectado en el centro en los últimos dos años alguna situación de riesgo respecto de prácticas en la atención de las personas mayores.			

Preguntas con respuestas abiertas:

1. Si existen en el centro protocolos o pautas de actuación ante posibles situaciones de trato indebido ¿Qué actuaciones está previsto se lleven a cabo en estos casos?
2. En la práctica, ¿cuáles son en su opinión, los principales déficits de preparación que se están dando en los profesionales del centro para atender de forma adecuada y personalizada a las personas residentes?

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

3. Si alguna vez detectase una conducta inadecuada o impropia que pudiera identificarse como atención negligente o maltrato en el centro ¿Qué actuaciones personalmente llevaría cabo para resolver el asunto?
4. En su opinión, el número de años trabajados de un/a profesional de cuidados en un mismo centro cómo cree que afecta a la calidad de la atención y a producir posibles efectos adversos en los profesionales, como estrés o síndrome de estar quemado.
5. ¿Cuáles son las situaciones y modos en que se prevé el uso de sujeciones físicas en este centro? ¿Y farmacológicas?
6. ¿Se tienen previstas en el centro mejoras en cuanto a la prevención y detección de posibles casos de déficits o malos tratos en la atención? ¿Cuáles?
7. ¿En el **funcionamiento del centro** ha observado o presenciado **en la intervención de los profesionales** alguna de las siguientes situaciones? Responder Si o No:
 - No responder a alguna pregunta que haga la persona mayor SI No
 - -Responder, por prisa u otras razones, de forma brusca a alguna petición, pregunta o planteamiento que les haga la persona mayor SI No
 - No seguir las instrucciones o protocolo pautado respecto de cada persona atendida, en lo relativo por ejemplo a cambio de absorbentes, cambios posturales, tratamientos médicos, medicación para el sueño SI No
 - No respetar la intimidad de la persona mayor dejando puertas abiertas de habitaciones o baños cuando se visten o están aseando SI No
 - Coger objetos de la persona mayor sin su conocimiento o con engaño SI No
 - Puede plantear otra /s observada/as y no recogida anteriormente.
8. ¿Qué piensa sobre la organización de horarios en el centro (comidas, turnos de profesionales, tiempos de descanso etc.) en relación a las costumbres de las personas mayores en nuestra cultura?

CUESTIONARIO Y RESPUESTAS DE PROFESIONALES.

Afirmación	Total acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo
Hay en el centro un protocolo de acogida u otro sistema (que se podría mostrar) para dar información inicial a las personas mayores y sus familias sobre cómo actuar en casos en que la persona no se sienta bien tratada.	56% (5 personas)	33% (3 personas)	11% (1)
Se tienen siempre en cuenta en el centro para cualquier decisión o actividad las preferencias y gustos de cada persona atendida (vestido, comidas, ocio, etc.)	33% (3 personas)	56% (5 personas)	11% (1 persona)
Las intervenciones con las personas mayores siempre están individualizadas y adaptadas a su proyecto de vida, evitándole así incomodidades	22% (2 personas)	67% (6 personas)	11% (1 persona)
La situación de dependencia pone a la persona en unas circunstancias de vulnerabilidad, que lleva a la sobrecarga de sus cuidadores y a situaciones de peor trato en el centro	0%	22% (2 personas)	67% (6 personas)
El centro cuenta con un protocolo o guía de buenas prácticas para evitar situaciones indeseadas que por parte de los profesionales de atención, aunque sea de modo involuntario, puedan dañar el bienestar físico y emocional de la persona residente	67% (6 personas)	22% (2 personas)	11% (1 persona)
Se da al personal de atención del centro suficiente formación periódica en el cuidado de la persona mayor que incluya aspectos para prevenir maltrato y actuar frente a situaciones que puedan dañarles.	56% (5 personas)	22% (2 personas)	22% (2 personas)
En la práctica se recurre a las sujeciones necesarias por seguridad	33% (3 personas)	56% (5 personas)	11% (1 persona)
Cada residente tiene un programa individualizado de intervención donde se contemplan las posibles incidencias de situaciones de negligencia o maltrato.	56% (5 personas)	11% (1 persona)	33% (3 personas)
El profesional de referencia de cada residente tiene directrices escritas sobre cómo informar/actuar ante la detección de una situación de maltrato o negligencia.	56% (5 personas)	22% (2 personas)	22% (2 personas)
Se ha detectado en el centro en los últimos dos años alguna situación de riesgo respecto de prácticas en la atención de las personas mayores.	0%	67% (6 personas)	33% (3 personas)

Elaboración propia, 2018.

A la pregunta número 4, hubo un profesional que no respondió.

“Aproximación desde el Trabajo Social al Maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética”

1 Si existen en el centro protocolos o pautas de actuación ante posibles situaciones de trato indebido. ¿Qué actuaciones está previsto se lleven a cabo en estos casos?	
Profesional 1	Realización por parte de la dirección del centro del informe pertinente que describa el maltrato realizado por el trabajador al residente. Suspensión cautelar de empleo y sueldo. Inicio de los trámites del despido procedente.
Profesional 2	Siempre se habla primero con el residente y si no se puede comunicar, con la persona que ha detectado la situación de trato indebido. También se recaba información del auxiliar de referencia y la persona responsable de la unidad (enfermera). Se informa a la familia.
Profesional 3	Si existe yo lo desconozco
Profesional 4	Medidas preventivas y/o correctoras enmarcadas en el proceso de gestión de calidad por procesos. Dependiendo de la gravedad hablaríamos incluso de medidas recogidas en el régimen disciplinario contemplado laboralmente en el Convenio Colectivo.
Profesional 5	Los residentes, o auxiliares en caso de personas dependientes, informarán a la dirección del centro y se tomarán medidas hacia la persona que lo provoca, desde una carta de amonestación hasta un despido, dependiendo del caso.
Profesional 6	No existen protocolos
Profesional 7	<ul style="list-style-type: none"> • Se comunica la sospecha de dicha situación. • Las personas responsables realizan informe y se comunica al responsable. • Se valora la necesidad de enviar a la persona al Centro de Salud para ser evaluada. • Se convoca una reunión de la Comisión Asistencial para el estudio del caso en el plazo máximo de una semana después de tener conocimiento del caso. • Si la situación lo requiere, deberá ponerse en conocimiento de la autoridad competente.
Profesional 8	Existe un protocolo para situaciones de trato indebido, que contemplan la detección y toma de medidas que preserven al residente
Profesional 9	Cuando hay sospecha de malos tratos, se debe comunicar a la Dirección del Centro, y esta a los Servicios Territoriales de Acción Social y Ciudadanía, quienes comprobarán su veracidad y tomarán las medidas adecuadas. Si no se demuestra, se archivará el caso y se comunicará la resolución a los Servicios de Inspección y de Registro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía. En caso de certeza, debemos valorar el riesgo potencial, la inmediatez y establecer un plan de actuación junto con las otras instituciones implicadas. Se hará la denuncia inmediatamente al Juzgado o a la Fiscalía

2 En la práctica, ¿cuáles son en su opinión, los principales déficits de preparación que se están dando en los profesionales del centro para atender de forma adecuada y personalizada a las personas residentes?

Profesional 1	Ausencia de capacidad de empatía. Por mucha formación que se les dé si no poseen esa capacidad es imposible que lo pongan en práctica.
Profesional 2	Más formación en habilidades sociales y en inteligencia emocional, para tratar a los residentes y a las familias
Profesional 3	Una formación más variada ante diversos casos de posibles personas residentes, ya que la residencia también tiene una parte de unidad de convalecencia en la que los casos son vario pintos y desconocemos la forma de actuación con casos especiales
Profesional 4	Formación específica en materia de atención centrada en la persona.
Profesional 5	No hay tantos déficits, en realidad se nota la inexperiencia en el caso de las nuevas normas, como son el Si alguna vez detectase una conducta inadecuada o impropia que pudiera identificarse como atención negligente o maltrato en el centro
Profesional 6	Cómo trabajar en grupo y trabajar sobre aspectos éticos en el cuidado.
Profesional 7	El personal asistencial y técnico dispone de formación adecuada y continua para atender de forma adecuada y personalizada a los residentes.
Profesional 8	Existe un protocolo para situaciones de trato indebido, que contemplan la detección y toma de medidas que preserven al residente
Profesional 9	Ningún déficit.

3 Si alguna vez detectase una conducta inadecuada o impropia que pudiera identificarse como atención negligente o maltrato en el centro ¿Qué actuaciones personalmente llevaría cabo para resolver el asunto?

Profesional 1	Las contempladas en la respuesta 1.
Profesional 2	Junto con la Dirección del centro, recabar toda la información de las personas implicadas y hablar con la familia (lo mismo que en el punto 1)
Profesional 3	La comunicaría a mi superior directo para ver cómo podemos afrontar la situación, siempre se investiga cualquier duda para saber que alcance puede tener.
Profesional 4	Hablar con el residente y comunicar al coordinador del Centro.
Profesional 5	Si soy testigo de dicho maltrato, automáticamente conllevaría un despido.
Profesional 6	Comunicarlo a la dirección del centro y proponer sesiones individuales que, en función de la gravedad, puede derivar en actuaciones punitivas. Escuchar la razón de dicha conducta ... en función de ello se propondría supervisiones ocasionales y trabajar aspectos éticos del cuidado.
Profesional 7	Las indicadas anteriormente
Profesional 8	Lo primero preservar al residente, después clarificar la posible conducta negligente o de maltrato, y posteriormente tomar medidas de apoyo al residente y llegado el caso medidas disciplinarias o/y penales contra el supuesto agresor/a
Profesional 9	Interrumpir el trabajo de la persona que está actuando mal. Hablar con ella en un lugar privado. Valorar la situación con el equipo técnico y la dirección. Poner en marcha el protocolo con lo expuesto en la respuesta 2

4 En su opinión, el número de años trabajados de un/a profesional de cuidados en un mismo centro cómo cree que afecta a la calidad de la atención y a producir posibles efectos adversos en los profesionales, como estrés o síndrome de estar quemado.	
Profesional 1	Creo que todo depende de la profesionalidad del trabajador. Si el trabajador es profesional los años le darán una experiencia que repercutirá en una mejor actividad laboral. Si no es profesional (que trabaja en el sector porque no tiene otra cosa) es cuando se producen efectos adversos con el paso del tiempo.
Profesional 2	Puede influir, pero por eso hay que incentivar con cursos de formación que sean interesantes y nuevos desafíos/ cambios en la organización del centro. Nosotros desde enero, estamos en proceso de cambio. Teníamos una unidad de convivencia que funciona muy bien, pero ahora toda la residencia se ha cambiado al nuevo modelo y el personal auxiliar está muy contento e implicado. Se sienten más valoradas y más participativas
Profesional 3	No sabría responder a esto por mi corto bagaje en el centro.
Profesional 4	No creo que vaya en función de años trabajados, va más en las aptitudes y actitudes que uno recopila a nivel personal. Tengo honrosos ejemplos que auxiliares próximos a jubilarse atendiendo con mayor dedicación, esmero y actualización en las técnicas que otros de reciente incorporación
Profesional 5	En realidad los trabajadores pueden tener mejores y peores días, porque hay veces que se tuerce todo, pero en general se coge mucho cariño a los abuelos y acaba siendo muy satisfactorio
Profesional 6	Sí se producen casos de desmotivación y síndrome de quemado, sobre todo identificado con los conflictos entre los compañeros... grado de implicación que repercute en el trabajo de los demás que supone sobrecarga...
Profesional 7	Cualquier trabajador se ve sometido a un conjunto de requerimientos psicofísicos a lo largo de la jornada laboral, lo que produce un desajuste entre las demandas del entorno y los recursos de todo tipo que posee la persona para afrontarlas, pudiendo repercutir en la calidad de la atención a las personas para las que se trabaja, y en su vida personal. El estrés no es malo en sí mismo. Un cierto grado de estrés es vital para nuestro desarrollo. Sí resulta perjudicial cuando se trata de un estrés demasiado agudo o demasiado mantenido en el tiempo
Profesional 8	Los años trabajados son, en algunos casos, un factor de desmotivación profesional, por ello se hace necesario poner en marcha medidas que potencien, estimulen e incentiven al trabajador.
Profesional 9	Es cierto que los profesionales de atención directa se “queman” pero también es cierto que los que más tiempo llevan trabajando en el centro son los que mejor lo hacen y más cuidan la atención centrada en la persona. Son grandes profesionales con gran vocación.

5 ¿Cuáles son las situaciones y modos en que se prevé el uso de sujeciones físicas en este centro? ¿Y farmacológicas?	
Profesional 1	Las sujeciones se utilizan en los casos en los que pelagra la salud del residente, por riesgo de caída inminente. La situación se pone en conocimiento del responsable por parte del departamento sanitario del centro y se firma la autorización. Dicha autorización se puede revocar si desaparece la causa que lo motivó
Profesional 2	Farmacológicas no se aplican. En cuanto a las sujeciones físicas, siempre prescritas por el médico del centro y autorizadas por la familia. Sólo en momentos puntuales en los que el personal auxiliar no puede estar con los residentes. En caso contrario, aquellos residentes que deambulan, se van con las auxiliares mientras ellas hacen otras tareas o simplemente pasean con ellos
Profesional 3	Actualmente se está tratando de que no se pongan contenciones a los residentes salvo casos muy puntuales.
Profesional 4	Riesgos físicos para el residente o hacia terceros. Prescritos a criterio médico y revisando periódicamente la necesidad de continuación de las medidas de contención, tanto mecánica como farmacológica. Sobre riesgos del propio residente existe la posibilidad de que el tutor-familiar de referencia exprese que asume los riesgos de la NO aplicación de dichas contenciones, dejándose entonces de aplicar.
Profesional 5	Las sujeciones físicas se utilizan bien cuando están en silla y hay riesgo de que se caigan hacia delante, o bien en la cama cuando intentan salir por encima de las barras. Para poder utilizarlas se necesita autorización firmada de la familia. Farmacológicos, son prescritos por el médico.
Profesional 6	Siempre que supone autolesiones o agresiones a terceros, con consentimiento familiar.
Profesional 7	Es un centro libre de sujeciones: esta nueva forma de atender sin sujeciones y sin barreras físicas, trabajando en todos los medios de protección, pero sin contener a las personas, aporta una mayor dignidad a las personas mayores. La contención farmacológica persigue contribuir al control de las manifestaciones clínicas que han motivado la indicación y puesta en marcha del protocolo de contención y conseguir que el paciente reanude cuanto antes su programa terapéutico habitual. Durante su aplicación se siguen los siguientes controles: <ul style="list-style-type: none"> • Control de constantes (Tensión Arterial, Frecuencia Cardiaca y Temperatura). • Hidratación y eliminación. • Observación de la aparición de efectos secundarios: movimientos anormales, rigidez muscular, mareos, sialorrea, etc.
Profesional 8	Existen protocolos que contemplan el uso de sujeciones físicas y farmacológicas. Siempre tiene que haber una autorización del médico/a para aplicarlos
Profesional 9	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones o conductas que representan un riesgo o amenaza para la integridad física del residente: autoagresión, conductas suicidas, rotura de fémur, cadera... • Situaciones o conductas que representan una amenaza o riesgo para la integridad física de otros residentes. • Situaciones en las que la medida sea necesaria para la aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos del residente: sondas, pañales, catéteres, vías venosas periféricas

6 ¿Se tienen previstas en el centro mejoras en cuanto a la prevención y detección de posibles casos de déficits o malos tratos en la atención? ¿Cuáles?	
Profesional 1	El departamento de formación de la empresa ofrece anualmente a cada centro un programa de cursos, entre los cuales la dirección del centro debe elegir dos anuales como mínimo para cada trabajador en función de las necesidades de formación que se detecten. Todos los años se toca el tema de las malas prácticas porque se considera prioritario
Profesional 2	En la actualidad no hay nada previsto, salvo los cursos de formación enfocados a la inteligencia emocional y habilidades sociales. Realmente el número de casos de estas situaciones es mínimo
Profesional 3	Sí.
Profesional 4	Desconozco.
Profesional 5	En principio no, lo único que se tienen reuniones mensualmente para hablar de dichos déficits y recordar a los trabajadores que hay que tener paciencia y darles cariño porque es lo que les hace falta.
Profesional 6	Se mantienen reuniones semanales en cada unidad con todos los profesionales, se habla de casos concretos que dan pistas de cómo se interviene y cómo se debería actuar.
Profesional 7	A cada persona que se incorpore al Centro de trabajo se le debe recalcar la importancia de tratar adecuadamente a los pacientes, así como el cuidado y tolerancia cero con el abuso y malos tratos (de cualquier tipo) a los mismos.
Profesional 8	Además del protocolo de malos tratos, se tiene previsto realizar formación tanto a los residentes como a los trabajadores sobre este asunto.
Profesional 9	formación continua.
7 ¿En el funcionamiento del centro ha observado o presenciado en la intervención de los profesionales alguna de las siguientes situaciones? Responder Si o No:	
No responder a alguna pregunta que haga la persona mayor	SÍ→ 56% (5 profesionales) NO→ 44% (4 profesionales).
Responder, por prisa u otras razones, de forma brusca a alguna petición, pregunta o planteamiento que les haga la persona mayor	SÍ→ 78% (7 profesionales) NO→ 22% (2 profesionales)
No seguir las instrucciones o protocolo pautado respecto de cada persona atendida, en lo relativo por ejemplo a cambio de absorbentes, cambios posturales, tratamientos médicos , medicación para el sueño	SÍ→ 0% NO→ 100% (9 profesionales)
No respetar la intimidad de la persona mayor dejando puertas abiertas de habitaciones o baños cuando se visten o están aseando	SÍ→ 44% (4 profesionales) NO→ 57% (5 profesionales)
Coger objetos de la persona mayor sin su conocimiento o con engaño	SÍ→ 11% (1 profesional) NO→ 89% (8 profesionales)
Puede plantear otra /s observada/as y no recogida anteriormente	-No personalizar el trato (ej.: estar tratando a todos como si estuvieran sordos o sufrieran demencia). -Trabajo con las familias de los residentes requiere un capítulo aparte.

	-La gente está muy contenta, por lo tanto, no tengo mucho que añadir.
--	---

8 ¿Qué piensa sobre la organización de horarios en el centro (comidas, turnos de profesionales, tiempos de descanso etc.) en relación a las costumbres de las personas mayores en nuestra cultura?	
Profesional 1	Que muchas veces los horarios se adecúan a los intereses de los trabajadores y no de los residentes. Que determinados derechos laborales del trabajador deberían estar adaptados al sector donde se trabaja, porque por favorecer al trabajador perjudicamos a la persona mayor. Por ejemplo, las reducciones de jornada implican siempre un incremento del personal y, como consecuencia la duplicidad de personas que atienden al residente. Esto no es positivo para la persona mayor ni para su intimidad.
Profesional 2	Es cierto que los horarios, sobre todo de cara al buen tiempo, son complicados de ajustar. Nosotros hace unos años retrasamos la hora de la cena. En verano, los residentes más autónomos, aunque cenan a las 20:30h se acuestan tarde y se quedan en los jardines. Los residentes más asistidos están cansados de estar todo el día en pie o en la misma postura en silla de ruedas, y agradecen ir pronto a la cama, incluso hay familias que lo demandan. Cuando ingresan procedentes de su casa, a muchos les cuesta adaptarse al nuevo horario, pero porque en su casa no tenían un horario y vivían en una anarquía. Finalmente se adaptan bien y las costumbres y los mismos horarios les va bien por la medicación, establecimiento de rutinas, horas de sueño etc. En las personas mayores como en los niños, las rutinas de horarios, actividades, mismo personal, etc. favorece el día a día, y sobre todo en aquellos casos que empiezan con deterioro cognitivo o demencias
Profesional 3	Evidentemente como cualquier centro son horarios muy poco flexibles, pero la mayor parte de la gente se adapta sin problema a ellos
Profesional 4	Siempre que se atiende a una colectividad perdemos margen para la atención individualizada en cuanto a los usos y costumbres de cada uno...es decir a mí me gusta, de siempre, comer a las 15:45 en cambio a mi hermana a las 13:00. Si estuviésemos en residencia es posible que, por la propia estructura y funcionamiento, haya que marcar una hora (que probablemente no nos satisfaga ni a mí ni a mi hermana). Con este ejemplo podríamos continuar con el resto de cuestiones relacionadas con las costumbres diarias. Únicamente tendríamos mayor margen de personalización en dispositivos pequeños y hablando de gente válida. Queda trabajo por hacer.
Profesional 5	Considero que las comidas y la hora de acostarse es demasiado pronto, porque además tienen el desayuno a las 9:30 y para la gente mayor es demasiado pronto porque no les gusta madrugar, y para esa hora ya tienen que estar aseados y vestidos, por lo tanto, discuten mucho por ese tema.
Profesional 6	No se respeta el ritmo de las personas mayores. No se favorece la sobremesa debido a las prisas que se tiene para finalizar cuanto antes la tarea...
Profesional 7	La organización de los horarios del centro está adaptada a cada una de las diferentes áreas y unidades residenciales.
Profesional 8	La propia organización de los turnos de trabajo, provoca que determinadas tareas se concentren en unas franjas horarias regulares (aseos y baños, desayunos/comida/cena,), siendo complicado tener en cuenta los gustos o preferencias de horarios de levantarse/acostarse o de realización de las diferentes comidas.
Profesional 9	Por organización interna e intentar conciliar tanto las costumbres de los residentes como la vida familiar de los trabajadores, en nuestro centro existen horarios flexibles de comidas, visitas y regreso al centro, pero nunca se acierta con el gusto de todos.

ANEXO VI. CORREO ELECTRÓNICO REMITIDO A LOS PROFESIONALES PARA SU COLABORACIÓN.

Buenos días,

Soy una estudiante de cuarto curso de Trabajo Social de la Universidad de Valladolid y estoy desarrollando un Trabajo de Fin de Grado que pretende realizar una investigación cualitativa sobre la atención y formas de detección de posibles déficits en centros residenciales de personas mayores. Por ello, necesito colaboración de profesionales como usted que trabajen en ese ámbito para cumplimentar el cuestionario y preguntas que remito en el archivo adjunto y al que le ruego responder.

Como se dice en la presentación inicial del cuestionario, se garantiza una total confidencialidad por lo que las respuestas de personas y centros serán anónimas y no se hará mención en la explotación de los datos que se obtengan.

Por las fechas en las que nos encontramos, le **ruego su cooperación y remitir sus respectivas respuestas a este correo antes del próximo día 5 de junio**, así como si fuera el caso, manifestarme su voluntad de no colaborar cuanto antes, para valorar el nivel de respuestas que puedo obtener.

Agradezco de antemano su colaboración y quedo a su disposición para lo que precise aclarar. Asimismo, si desde su experiencia, considera de interés añadir alguna cuestión que no esté contemplada le invito a comentar lo que desee.

A todas las personas colaboras en esta investigación que me lo soliciten les haré llegar las conclusiones de los resultados obtenidos.

Muchas gracias y un cordial saludo.

ANEXO VII. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS EN LA REALIZACIÓN DE ESTE TFG.

CONOCIMIENTOS OBTENIDOS DE LAS MATERIAS IMPARTIDAS EN EL GRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO DE FIN DE GRADO.

Cabe destacar, que, dentro de la distribución del plan de estudios del Grado en Trabajo Social, impartido en la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid (Uva), este TFG se relaciona con las siguientes asignaturas:

En el bloque temático: **el trabajo social: conceptos, métodos, técnicas y aplicación:**

- Métodos y técnicas de investigación social aplicada al Trabajo Social. Me ha permitido, como alumna, acercarme a las diferentes formas y fases de la investigación social existente, así como a la metodología e instrumentos (diferentes escalas y herramientas) necesarios para la verificación de hipótesis o la obtención de resultados, lo que me ha facilitado la realización de este trabajo.
- Ética y deontología del Trabajo Social. Aporta conocimiento acerca de los principios éticos recogidos en el Código Deontológico de la profesión del Trabajo Social, así como de las Buenas Prácticas. También da indicadores de cómo se deberían resolver los dilemas éticos y lo que se debería hacer en casos de mala praxis profesional.
- Redes Sociales e intervención comunitaria. Muestra la importancia de las redes sociales para las personas y el valor de los grupos sociales en la satisfacción de las necesidades sociales, así como los diferentes tipos de ayuda que pueden prestar los grupos a la persona objeto de intervención.
- Trabajo social y sectores de intervención. Nos acerca a un concepto de persona como valor y recurso fundamental para la intervención, y a la intervención centrada en la persona y los principios que debe seguir esta intervención. Además, trata los conceptos de vulnerabilidad, exclusión y factores de riesgo para el trabajo con diferentes colectivos desfavorecidos.

Dentro del bloque: **el contexto institucional**, se pueden señalar:

- Sistema de Servicios Sociales. Se establecen los niveles básicos de la administración (Central, Autonómico y Local), así como las competencias que en materia de Servicios Sociales tiene cada uno de los ellos. También se diferencian los niveles de Servicios Sociales (básicos y atención especializada), así como los principios inspiradores.
- Sistemas de bienestar social y Trabajo Social. Dentro de los sistemas de bienestar en los que llevan a cabo su labor los y las profesionales del Trabajo Social, nos encontramos con un bloque concreto referente a los sistemas de promoción de la Autonomía y Atención a situaciones de Dependencia, en el que se define la Dependencia, su reconocimiento a través del Grado y Nivel de Dependencia y principios rectores. Además, se recogen las fases, los plazos de resolución y la herramienta para su valoración.

- **Marco referencial y conceptual de los Servicios Sociales:** Esta asignatura me ha aportado un mayor entendimiento de los Servicios Sociales a través de conceptos “marco”, como son: ayuda, desigualdad, calidad de vida, nivel de vida, bienestar, recursos, etc., así como de los servicios sociales en sí.

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS A TRAVÉS DE ESTE TRABAJO DE FIN DE GRADO.

El Grado en Trabajo Social debe capacitar para el ejercicio profesional, a través de una serie de competencias instrumentales, personales y sistémicas, adquiridas a lo largo del Grado y, a su vez, de este TFG y que se señalan en la memoria verificada del Título. Cabe destacar que las competencias adquiridas son:

Competencias específicas:

- Planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del Trabajo Social con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades y con otros profesionales. Más concretamente, se ha revisado y evaluado la calidad atencional y la práctica en centros residenciales de personas mayores de los y las diferentes profesionales, así como los protocolos de actuación ante posibles casos en que las personas no se sientan bien tratadas.
- Apoyar a las personas para que sean capaces de manifestar las necesidades, puntos de vista y circunstancias, de manera que las personas mayores sean capaces de expresar situaciones que suponen maltrato o en las que no se sientan bien tratadas, denunciando estos casos.
- Analizar y sistematizar la información que proporciona el trabajo cotidiano como soporte para revisar y mejorar las estrategias profesionales.
- Trabajar de manera eficaz dentro de sistemas, redes y equipos interdisciplinarios y multiorganizacionales con el propósito de colaborar en el establecimiento de fines, objetivos y tiempo de duración de los mismos.
- Investigar, analizar, evaluar y utilizar el conocimiento actual de las mejores prácticas del Trabajo Social para revisar y actualizar los propios conocimientos sobre los marcos de trabajo.
- Gestionar conflictos, dilemas y problemas éticos complejos identificando los mismos, diseñando estrategias de superación y reflexionando sobre sus resultados, de manera que se pueda reflexionar acerca de las Buenas Prácticas en diferentes centros residenciales y de si las diferentes actuaciones llevadas a cabo siguen principios éticos.

Dentro de las **competencias instrumentales**, puedo señalar: resolución de problemas, capacidad de organización y planificación, capacidad de análisis y síntesis, comunicación oral y escrita, capacidad de gestión de información y conocimientos de informativa relativos al ámbito de estudio.

Respecto de las **competencias personales**, es fundamental resaltar el compromiso ético.