



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



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMERSO



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

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

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Observatorio de Personas Mayores
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)
Organización Mundial de la Salud (OMS)

Colección Documentos

Serie Documentos Técnicos

N.º 21013

En los proyectos que se recogen en esta publicación han participado:

- Coordinadora general del proyecto. María Teresa Sancho. Vicepresidenta de la SEGG-Observatorio Personas Mayores IMSERSO.
- Coordinadores en España:
 - Antonio Yuste. Médico Geriatra. Director Médico del Hospital Sant Antoni Abad de Vilanova i la Geltrú. Barcelona.
 - Gema Pérez Rojo. Psicóloga. Investigadora en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Portal Mayores. Coordinación del informe y del proceso de validación en España.
- Estudio cualitativo de validación. María Teresa Aranda. Socióloga.
- Traductores:
 - Luis Perlado.
 - Trish Whelan.
- Anexo documental en CD-Rom:
 - Gema Pérez Rojo.
 - Rubén Herranz González.

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

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

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:

Onoff Imagen y Comunicación

Primera edición, 2007

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

EDITA:

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

NIPO: 216-07-062-1

D.L.: M-47.869-2007

IMPRIME: ARTEGRAF, S.A.

ÍNDICE

Presentación	9
Introducción	11
PARTE I. MARCO CONCEPTUAL.-Gema Pérez Rojo y María Izal Fernández de Trocóniz ...	13
1. Antecedentes	15
2. Tipos de maltrato	17
3. Epidemiología del maltrato a mayores	19
4. Teorías sobre el maltrato a mayores	19
5. Factores de riesgo de maltrato a mayores	23
6. Barreras para informar del maltrato	24
7. Detección por parte de los profesionales	25
8. Referencias bibliográficas	26
PARTE II. ANÁLISIS DE RESULTADOS. INFORME TRANSNACIONAL.–“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”	29
Agradecimientos	31
1. Prólogo	31
2. Resumen ejecutivo	33
3. Fundamento de la investigación	34
4. El Proyecto	37
5. Hallazgos y debate	42
6. Bibliografía básica	56
Equipo del Proyecto	57
PARTE III. ANÁLISIS DE RESULTADOS. INFORME NACIONAL	101
1. Informe de los grupos focales realizados con personas mayores	103
2. Informe de los grupos focales realizados con médicos de Atención Primaria	130
3. Taller n.º 1. Formulario de Evaluación de Trabajo Social	159

4. Taller n.º 2. Manual de la OPS	175
5. Síntesis	192
6. Acciones futuras a realizar	199
CUESTIONARIOS	201
i) Elder Abuse Suspicion Index (EASI)	203
ii) Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores (EASI)	205
iii) Social Work Evaluation Form	207
iv) Formulario de Evaluación de Trabajo Social	235

PRESENTACIÓN

El maltrato y la negligencia hacia las personas mayores es un problema social sustancial y todavía bastante oculto, aunque ya se viene abordando en gran cantidad de foros institucionales, científicos e incluso de Ong's y sociedad civil. Se reconoció como uno de los problemas centrales de la atención tanto en la II Asamblea Mundial del envejecimiento, como en las citas que la han sucedido, llegando a pronunciándose sobre el mismo, el anterior Secretario General de Naciones Unidas, en un informe específico.

El IMSERSO, que en ningún modo es ajeno al tratamiento de la cuestión, viene promoviendo desde hace años la colaboración con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, con el fin de abrir una línea de contribución al estudio de las situaciones de maltrato hacia las personas mayores, haciendo hincapié en la investigación y validación de instrumentos de detección e intervención en situaciones de violencia. Fruto de esta cooperación han sido las publicaciones "Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales" y "Malos tratos a personas mayores: guía de actuación".

La publicación que tiene es sus manos, pretende colaborar en el desarrollo y validación de un instrumento concreto, universal y rutinario, cuyo objetivo es ayudar a los profesionales en la detección del maltrato y la negligencia hacia uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad. Se realiza partiendo, sobre todo, de las bases propuestas por la Organización Mundial de la Salud encaminadas a proporcionar un instrumento para detectar la sospecha de maltrato hacia las personas mayores, basado en el Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores (*Elder Abuse Suspicion Index, EASI*), desarrollado y probado previamente en Montreal.

Somos conscientes de que el maltrato hacia las personas mayores y su detección son cuestiones que exigen mucho esfuerzo y han de abordarse con delicadeza y no sin dificultad. Tanto desde el IMSERSO, como desde el resto de los agentes implicados, sabemos que la erradicación de la violencia o la negligencia hacia las personas mayores no es fácil, esperamos y deseamos que esta publicación y lo que ella supone, sea otro paso más hacia el reconocimiento de los derechos y la dignidad de las personas mayores.

DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

INTRODUCCIÓN

Siguiendo las indicaciones señaladas en Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA), principal resultado de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en abril de 2002 en Madrid, cuyo objetivo incluye la eliminación de todas las formas de negligencia, maltrato o violencia dirigidas a las personas mayores y la creación de servicios de apoyo que traten este problema a través, por ejemplo, de la formación de los profesionales que trabajan con personas mayores y, tras conocer los resultados del estudio “Voces Ausentes. Visión de las personas mayores sobre el maltrato al anciano”, en el que participaron personas mayores y profesionales de atención primaria de ocho países diferentes, España, abrió una línea sólida de investigación en el año 2003, fruto de un convenio de colaboración entre el IMSERSO y la SEGG, que hasta el momento ha generado las siguientes iniciativas:

1. La realización de un estudio cualitativo, siguiendo las indicaciones del informe “Voces Ausentes”, cuyo objetivo ha sido analizar la percepción, actitudes y creencias de las personas mayores y de los profesionales en España con respecto al maltrato a personas mayores. Los resultados de este estudio están disponibles en la publicación *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales (2004)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO (1).
2. Paralelamente se realizó un estudio para la construcción de un cuestionario para la detección por parte de los profesionales de la atención primaria del maltrato por negligencia o abandono de las personas mayores y su validación interna (2). El objetivo central de este proyecto era seleccionar una serie de variables que permitieran diseñar un instrumento a través del cual se pudiera detectar a aquellas personas mayores que viven en el ámbito familiar, en riesgo de sufrir abandono y negligencia por parte de personas pertenecientes a su entorno más cercano (familiares y/o cuidadores). El estudio se limitó sólo a casos de abandono y negligencia a personas mayores tras revisar diferentes estudios realizados en los que se observaba que eran los tipos que presentaban mayor prevalencia.
3. Elaboración y difusión de la publicación: *Malos Tratos a Personas Mayores: Guía de Actuación* (Barbero, Barrio, Gutiérrez, Izal, Martínez, Moya, Pérez-Rojo, Sánchez del Corral y Yuste, 2005). Esta Guía es otro de los resultados de las recomendaciones extraídas del informe “Voces Ausentes”, concretamente de la recomendación que hace referencia explícita a la elaboración de material didáctico dirigido a profesionales para un correcto abordaje del problema del maltrato hacia las personas mayores. Por tanto, lo que se pretende con esta Guía es que pueda ser utilizada por los profesionales como una herramienta útil para la prevención y detección de los malos tratos y, si éstos se producen, para la intervención consciente e informada tanto con las víctimas de estas situaciones, como con los responsables de ellas, sean profesionales o familiares. Trata de conseguir este objetivo aumentando la concienciación y el conocimiento del maltrato hacia las personas mayores entre los profesiona-

(1) *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y los profesionales (2004)*. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores.

(2) Este estudio ha sido coordinado por Francisco Sánchez del Corral Usaola. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Geriátrica. Equipo de Soporte y Ayuda en Domicilio (ESAD), Área 5 del IMSALUD. Colaboraron también M^a Jesús García Yébenes. Médico. Máster en Epidemiología y Salud Pública. Centro Universitario de Salud Pública; M^a Victoria Zunzunegui Pastor. Epidemióloga. Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Montreal, y Guadalupe Pajares Carvajal. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

les sanitarios y sociales que trabajan con personas mayores. Además, hace referencia especialmente a los profesionales de Atención Primaria, que se encuentran en una posición privilegiada, permitiéndoles detectar posibles situaciones de maltrato y negligencia hacia las personas mayores.

Esta Guía permite tener una visión interdisciplinar respecto al tema tratado.

A lo largo de esta Guía se abordan diferentes cuestiones relacionadas con el maltrato hacia las personas mayores. En primer lugar se aborda la definición y el marco conceptual en el que se encuentra el maltrato y la negligencia a personas mayores, posteriormente se aproxima a la prevención de estas situaciones, su detección e intervención ante las mismas.

4. Proyecto *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*. Mientras se elaboraba la Guía de actuación, desde la Organización Mundial de la Salud, organismo con el que se ha mantenido una estrecha relación a lo largo de todo este proyecto, se nos invitaba a participar en el proceso mundial de validación de un instrumento de detección de riesgo de maltrato a mayores elaborado en Montreal, lo que suponía la incorporación a una red transnacional coordinada por la OMS y la Universidad de Ginebra, en la que hemos podido compartir las siguientes oportunidades:

- Poder validar a nivel mundial un instrumento de detección de maltrato a mayores, con el fin de homogeneizar los procedimientos de evaluación de maltrato a mayores.
- Utilizar la misma metodología, que permitiría comparar los resultados de la aplicación del instrumento en los distintos países y comprobar si difieren o no en la presencia de los distintos tipos de maltrato, en su prevalencia, etc.
- Aplicar un instrumento dirigido a la detección de diferentes formas de maltrato, incluyendo la negligencia, además de malos tratos por acción (físico, psicológico, sexual, económico, etc.), mientras que en el estudio anterior de validación sólo se centraba en la negligencia y el abandono.
- Asimismo, este instrumento permite ampliar el estudio a todo el espectro de la población comunitaria, ya que el estudio de valoración anterior hacía referencia a un grupo específico de la población mayor comunitaria (aquellas personas recluidas en sus domicilios).

Los resultados de este proceso, tanto en el ámbito internacional como en la experiencia de validación española, se reflejan a continuación. Les ofrecemos, además de un marco teórico-conceptual, que en parte ha sido fruto de trabajos anteriores, los siguientes documentos:

- Informe general de la investigación transnacional, bajo el título *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*.
- Informe de resultados del estudio del estudio cualitativo de validación realizado en España.
- Asimismo se ofrecen como anexos en castellano y en inglés los documentos más importantes. Entre ellos cabe destacar el *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores*, el *Formulario de Evaluación de Trabajo Social* y el *Manual de la OPS*.

Esperamos que todos los documentos que se presentan a continuación sean de su interés y, lo que es más importante, que usted pueda incorporarlos de manera rutinaria en su práctica diaria como herramientas útiles para trabajar en la erradicación de este gravísimo problema que son los malos tratos hacia las personas mayores.

Parte I

MARCO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES

El maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores se engloba dentro de la categoría general de violencia que puede tener como objeto a diferentes poblaciones (mujeres, niños, personas mayores, etc.). El maltrato hacia las personas mayores puede tener lugar en diferentes ámbitos: comunitario, institucional, sociedad, etc. Si ocurre en el ámbito comunitario, una de las categorías en las que se puede incluir es en la de violencia doméstica o familiar, en la que también se incluye el maltrato infantil y la violencia de pareja (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Estas categorías tienen aspectos comunes entre sí (como, por ejemplo, que las posibles víctimas dependen generalmente del posible responsable del maltrato), así como cuestiones específicas para cada una de ellas (por ejemplo, el hecho de que la violencia tienen lugar en distintos niveles sociales e individuales). Hasta hace relativamente pocos años la investigación sobre la violencia familiar se centraba exclusivamente en el maltrato infantil (se comienza a investigar y publicar sobre este tema en los años sesenta) y de género (tema que emerge a partir de los años setenta), siendo por tanto el maltrato hacia las personas mayores la última categoría por la que los investigadores se han preocupado (Reay y Browne, 2002). Las primeras publicaciones respecto al maltrato a mayores surgen a partir de la segunda mitad de los años setenta y principios de los ochenta, con los artículos elaborados por Baker (1975) y Burston (1975). Estos primeros documentos encuadraban el maltrato a mayores dentro únicamente del contexto familiar, dirigido exclusivamente hacia mujeres mayores y haciendo referencia sólo al maltrato físico (Block y Sinnott, 1979; Lau y Kosberg, 1979; Wolf *et al.*, 1982; Pillemer, 1985; Bennett y Kingston, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Con el paso del tiempo, y tras la realización de diferentes investigaciones en relación al tema, se puede concluir que el maltrato hacia personas mayores se produce en cualquier ámbito, se presenta de diversas formas y su ocurrencia es independiente del sexo de la persona mayor.

(Nota: Parte de esta información ha sido extraída del informe entregado al IMSERSO en diciembre de 2004. *Maltrato. Detección de personas mayores en situación de riesgo. Investigación para la validación de un instrumento de detección de las personas mayores en situación de riesgo de maltrato.*)

En los últimos años se han producido una serie de cambios en la sociedad, como, por ejemplo, la incorporación de la mujer al mercado laboral, la reducción del tamaño de las familias y del número de potenciales cuidadores de personas mayores que pueden influir negativamente en el cuidado directo a estas personas (Cicarelli, 1990). Otro de los cambios acaecidos en los últimos años ha sido el aumento de la esperanza de vida, teniendo entre sus consecuencias el rápido aumento, tanto en términos absolutos como relativos, del número de personas mayores, especialmente del grupo de personas de 75 o más años (Reay y Browne, 2002). Estos cambios y otros muchos han podido influir en el incremento del interés por parte de los expertos por el tema del maltrato hacia las personas mayores ya que pueden estar relacionados con un posible aumento del número de personas mayores maltratadas (Lachs y Pillemer, 1995; Blakely y Dolon, 2000; Payne, 2000, 2002).

A pesar de este mayor interés por el tema todavía queda mucho que hacer para que el maltrato a personas mayores alcance el grado de atención que tiene dentro de nuestra sociedad otros tipos de malos tratos (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Entre los factores que pueden influir positivamente en el abordaje de este problema destacan la concienciación y sensibilización de los profesionales que trabajan con personas mayores, tales factores pueden ayudar a identificar tanto a las personas mayores en riesgo de maltrato como a aquellas que ya están siendo maltratadas o están sufriendo algún tipo de negligencia.

Dentro del maltrato a mayores en el ámbito doméstico podría ser más difícil de identificar que el maltrato infantil o de pareja debido, a la presencia de algunas barreras que pueden estar presentes en la persona mayor, en el cuidador, en los profesionales y en la sociedad en general. Por ejemplo, el aislamiento social de las posibles víctimas, la negación de la situación tanto por parte de las posibles víctimas como por parte del posible responsable del maltrato, la falta de concienciación en el tema por parte de los profesionales, el edadismo, es decir, la discriminación de las personas mayores simplemente por su edad, teniendo una visión negativa de la vejez y percibiéndolas como personas indefensas, dependientes, y necesitadas de ayuda y apoyo constante por parte de la sociedad en general (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

Para que los profesionales puedan identificar y detectar si están atendiendo o no a una persona mayor que está siendo maltratada es imprescindible llegar a un consenso en la definición de este término. Sin embargo, en este caso, este intento ha venido cargado de problemas y dificultades, especialmente en aquellos casos donde el maltrato es sutil, la línea entre la posible víctima y el posible responsable del maltrato está borrosa, o cuando ese maltrato no produce una disminución inmediata de la calidad de vida de la persona mayor (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Gordon y Brill, 2001).

Al principio, como se ha comentado anteriormente, el concepto aparecía restringido al maltrato físico dirigido hacia la mujer mayor dentro del contexto familiar (Baker, 1975), pero poco a poco este concepto ha ido cambiando e incluyendo diferentes tipos de maltrato, no estableciendo diferencias de género ni de contexto de ocurrencia (entorno familiar, institucional y en la comunidad) (Gordon y Brill, 2001). A pesar de que los investigadores han variado ampliamente en sus definiciones (Hudson, 1986; Wolf, 1988; Wolf y Pillemer, 1989; Steinmetz, 1990; Lachs y Pillemer, 1995), parece que existe un consenso que incluye acciones adversas de omisión o acción contra una persona mayor (Kosberg y Nahmiash, 1996; Schiamberg y Gans, 2000).

Entre las barreras relativas a la definición se han destacado las siguientes (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Pérez, 2004):

- La diversidad existente en los valores, actitudes y/o creencias individuales ante el tema en cuestión.
- El concepto de maltrato ha sido desarrollado con frecuencia desde la perspectiva de los propios profesionales sin consultar a las personas mayores acerca de qué creen ellos que es un comportamiento abusivo.
- La falta de voluntad y/o resistencia, por parte de los profesionales, la sociedad y las instituciones, a reconocer la importancia del maltrato hacia los mayores.
- La falta de discusión y cooperación multidisciplinar.
- Las diferentes perspectivas con que los investigadores se han aproximado a este tema: desde la posible víctima, la persona cuidadora, el/la médico/a, el/la enfermero/a, organismo de servicios sociales, el/la trabajador/a social, etc. (Glendenning, 1993).
- El uso contradictorio de la terminología. Los términos de "maltrato" "abuso" y "negligencia" han sido intercambiados en los diferentes estudios, causando a menudo confusión y falta de validez en las comparaciones realizadas entre diferentes investigaciones.

La falta de consenso en la definición del maltrato a personas mayores ha provocado como resultado:

- Confusión en la discriminación entre el conflicto familiar normal y el maltrato (Pillemer y Suito, 1988; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Por ello, es muy importante tener en cuenta cómo se percibe la conducta y del contexto cultural en el que tiene lugar, puesto que una misma situación (por ejemplo, que un cuidador grite a la persona mayor) puede ser percibido como algo normal, si éste es un comportamiento habitual en su relación, o como una situación de maltrato, si ésta no es una interacción normal entre ambos (Wolf, 1998).
- Confusión en la comparación de resultados de diferentes estudios (Johnson, 1986; Pillemer y Suito, 1988; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).
- Problemas para determinar los aspectos que debe incluir la intervención necesaria para la posible víctima o el posible responsable del maltrato para ser eficiente (Johnson, 1986; Pillemer y Suito, 1988; Henderson, Buchanan, y Fisher, 2002).
- Dificultades en la diseminación de los resultados de las investigaciones (Pillemer y Suito, 1988; Johnson, 1986; Steinmetz, 1990; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).
- Presencia de resultados inconsistentes y a menudo contradictorios.

- Obstáculos en la identificación del maltrato por parte de los profesionales cuando éste ocurre (Glendenning, 1993).
- Imposibilidad de evaluar o construir conocimiento adecuado sobre el tema (Johnson, 1986).

Una de las definiciones más aceptadas ha sido la acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las personas mayores (INPEA, 1995), que indica que “el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”. En España, en el año 1996 se celebró la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, surgiendo como resultado de la misma la Declaración de Almería, según la cual “maltrato a mayores sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurre (familiar, comunidad e instituciones).

2. TIPOS DE MALTRATO

Debido a las dificultades encontradas por los expertos para definir el maltrato hacia las personas mayores, entre las que, como se ha señalado anteriormente, destacan el uso contradictorio de los términos o las diferentes perspectivas desde las que se han elaborado algunas de estas definiciones (Papadopoulos y La Fontaine, 2000), cada especialista ha realizado una clasificación en función de sus propios criterios. Esto ha llevado a que, al igual que en el caso de la definición del maltrato, existan diferentes clasificaciones de los tipos de maltrato.

La idea de tipologías universales es deseable, por un lado, porque en función del tipo de maltrato que esté presente se pondrían en marcha unas determinadas estrategias de intervención u otras, y, por otro lado, si existe una clasificación bien definida de los tipos de maltrato, los profesionales conocerán de forma exacta cuáles son los indicadores de cada tipo específico, facilitándoles la tarea de la detección e identificación de los posibles casos de maltrato.

También es preciso tener en cuenta que es probable que estén presentes de forma simultánea varios tipos de maltrato. Por ejemplo, una persona mayor puede estar siendo maltratada física y psicológicamente al mismo tiempo por un familiar (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998).

Es muy común utilizar el término “maltrato a personas mayores” como una categoría que incluye todos los tipos de maltrato o de comportamiento abusivo hacia las personas mayores. Este maltrato puede ser una acción u omisión, intencional o no intencional, de uno o más tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, económico, negligencia, autonegligencia, abandono y violación de los derechos, que provoca un sufrimiento innecesario, lesiones, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y una disminución en la calidad de vida (Hudson, 1991). Que un comportamiento sea etiquetado como abusivo, negligente o de explotación podría depender de su frecuencia, duración, intensidad, gravedad, consecuencias y contexto cultural en el que tenga lugar.

Tras la revisión de la literatura sobre diferentes tipologías existentes del maltrato hacia las personas mayores, éste podría clasificarse en la tipología mostrada en la Tabla 1.

Tabla 1. TIPOS DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Tipo	Definición	Indicadores
Físico	Acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicina, etc.) llevada a cabo por otras personas o por uno mismo, que causa, como consecuencia, daño o lesión física de forma intencional.	<ul style="list-style-type: none"> - Moratones, quemaduras, huesos fracturados o rotos. - Signos de haber sufrido restricciones de algún tipo, como marcas de cuerdas, etc - Hipotermia, niveles anormales de fármacos, dolor al ser tocado.
Sexual	Cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o por que ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos lo incluyen dentro del maltrato físico y otros, como categoría independiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Moratones alrededor del pecho o del área genital. - Enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación. - Hemorragias vaginales o anales sin explicación. - Ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
Negligencia	Consiste en un acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva) en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle "trato de silencio" (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Úlceras por presión. - Suciedad, olor a orina o heces. - Vestido inadecuado. - Malnutrición, deshidratación. - Ignorar a la persona mayor. - Aislar a la persona mayor. - Excluirle de sus actividades.
Psicológico	Incluye agresión verbal, uso de amenazas, abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otras personas, provocar malestar psicológico, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor, como las actitudes edadistas en forma de infantilismo, tratándolo como si fuese un niño.	<ul style="list-style-type: none"> - Impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables. - Indecisión para hablar abiertamente. - Comportamiento inusual. - Emocionalmente disgustado o agitado.
Abandono	Abandono de una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia. Algunos lo incluyen en negligencia y otros como categoría independiente.	<ul style="list-style-type: none"> - La persona mayor es abandonada en un hospital, centro comercial o una gasolinera.
Violación de los derechos básicos	Relacionada a menudo con el maltrato psicológico, consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa). Algunos la incluyen dentro de la categoría de explotación.	<ul style="list-style-type: none"> - Le ocultan o le abren el correo. - No se le permite ir a la iglesia. - No se le permite tener la puerta de su habitación abierta.
Económico	Implica robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón irregular de gastos o retirada de dinero. - Cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, etcétera. - Firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor.

Además, para cada tipo de maltrato existen una serie de indicadores que deben hacer pensar a los profesionales en la posibilidad de que se encuentren ante una situación de maltrato (Quinn y Tomita, 1997; Lafata y Helfrich, 2001; Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

Algunos de estos indicadores se muestran en la Tabla 1. Algún indicador de forma aislada o acompañado por otros pueden servir como señales de alerta de la posible presencia del maltrato.

Los profesionales deben estar alerta ya que hay ciertas características del maltrato a mayores que pueden ser especialmente difíciles de detectar incluso para profesionales entrenados y con mucha experiencia. Hay estados físicos, psicológicos y psiquiátricos cuyos síntomas son análogos a los del maltrato (Papadopoulos y La Fontaine, 2000) y pueden crear confusión.

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO A MAYORES

La prevalencia del maltrato y la negligencia hacia personas mayores es muy difícil de estimar (Schiamberg y Gans, 2000) debido en primer lugar a que muchos casos continúan sin ser reconocidos o informados debido, por ejemplo, al aislamiento en el que se encuentran las posibles víctimas (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). En segundo lugar, a los problemas existentes con la definición del maltrato y/o la negligencia a mayores. En tercer lugar, a la negación de la situación por parte de la posible víctima por temor a represalias. En cuarto lugar, a que estas situaciones ocurren, mayoritariamente, dentro del seno familiar (al menos el 95% de las personas mayores residen en la comunidad) y esto hace que sea más difícil detectar los casos de maltrato. En quinto lugar, a la escasa concienciación existente aun entre los profesionales de los servicios sociosanitarios. En sexto lugar, a la reticencia de algunos profesionales para informar del maltrato. Y, finalmente, debido al uso de metodologías distintas en los estudios realizados es muy difícil comparar los resultados.

El mayor porcentaje de maltrato a mayores ocurre dentro del contexto de una relación ya existente, ya sea con familiares, en relaciones estrechas o dentro del contexto del cuidado profesional.

Las estimaciones globales, incluyendo maltrato psicológico, verbal y económico, indica unas tasas de prevalencia entre el 1 y el 10% según diferentes estudios (Block y Sinnott, 1979; Hudson, 1986; Pillemer y Finkelhor, 1989; Podnieks, 1992; Ogg y Bennett, 1992; Penhale, 1993; Comijs *et al.*, 1998), aunque este porcentaje debe ser tomado únicamente como un dato orientativo ya que la mayoría de los casos no son informados y/o detectados; por otro lado, en los últimos años distintos estudios sugieren que la negligencia es el tipo más frecuente de maltrato (National Center on Elder Abuse, 1998). En el ámbito institucional se han realizado pocos estudios por lo que se desconoce la prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en este ámbito. En lo que sí están de acuerdo la mayoría de los autores es de que el maltrato hacia las personas mayores se produce con mayor frecuencia en el ámbito familiar.

4. TEORÍAS SOBRE EL MALTRATO A MAYORES

No existe un consenso sobre las explicaciones teóricas de por qué existe el maltrato hacia las personas mayores (Penhale, Kingston, 1997), a continuación se presentan algunas de las teorías más relevantes:

- *El modelo situacional*: Es la primera teoría elaborada para explicar el maltrato a mayores. Se asocia especialmente con el maltrato infantil y menos con otras formas de violencia intrafamiliar (Phillips, 1986). La premisa básica de este modelo consiste en que el aumento del estrés, en el posible responsable del maltrato, asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el maltrato hacia las personas mayores, percibidos como la fuente de estrés. Las variables situaciones que han sido asociadas con el maltrato a personas mayores incluyen (Block y Sinnott, 1979; Lau y Kosberg, 1979; Phillips, 1986):

- Factores relacionados con la persona mayor, como la dependencia emocional y física, mala salud, estado mental deteriorado y personalidad “difícil” (Phillips, 1986).
- Factores estructurales: Como tensiones económicas, aislamiento social y problemas ambientales (Block y Sinnott, 1979; Phillips, 1986).
- Factores relacionados con el cuidador: Crisis vitales, *burnout*, carga o agotamiento debido al cuidado de la persona mayor, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas con la violencia (Block y Sinnott, 1979; Phillips, 1986).

A pesar de que el apoyo teórico para el modelo situacional ha venido desde un número de fuentes diversas, también han surgido varias razones que indican la existencia de un ajuste inconsistente entre este modelo y los datos empíricos disponibles, por ejemplo, los problemas metodológicos de los estudios que se han centrado en este tema en general (Pedrick-Cornell y Gelles, 1982), por estas y por otras razones, autores como Phillips (1986) concluyen que el modelo situacional podría ser inapropiado.

- *El modelo patológico*: Esta teoría se centra en ciertas características presentes en el responsable del maltrato, por ejemplo, problemas psiquiátricos y problemas de abuso de drogas y alcohol (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998). La disminución de la capacidad del cuidador para tolerar la frustración y para controlar su conducta debido, por ejemplo, a la dependencia del alcohol, está asociada a las acciones violentas y abusivas hacia una persona. El abuso económico también podría ser resultado del abuso de sustancias, ya que el posible responsable del maltrato podría necesitar dinero para costearse el consumo de alcohol u otras sustancias (Kosberg y Nahmiash, 1996; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998). A pesar de que esta teoría fue apoyada por un gran número de autores (por ejemplo, Johnson, 1991; Kosberg y Nahmiash, 1996; Gordon y Brill, 2001), los datos existentes hasta el momento tampoco pueden avalar plenamente esta perspectiva.
- *Teoría del intercambio social*: Esta teoría está basada en la idea de que una interacción social incluye el intercambio de recompensas y castigos entre al menos dos personas y todos los individuos implicados en la misma buscan maximizar las recompensas y minimizar los castigos en dicha interacción, de forma que las interacciones sociales se mantienen siempre y cuando los beneficios sean mayores que los costes y el nivel de satisfacción con la relación sea más alto que el nivel de comparación con las alternativas (Phillips, 1986; Schiamberg y Gans, 2000). Según esta teoría, las recompensas incluyen la recepción de recursos (por ejemplo, dinero, apoyo) y/o servicios, el intercambio de sentimientos positivos, etc., mientras que los castigos incluyen el intercambio de sentimientos negativos, la retirada de recursos y servicios y el intercambio de conductas de castigo. Cuando la interacción entre dos personas está equilibrada, Homans (1961) señala que la interacción social ocurre de acuerdo a la ley de justicia distribuida, “que hace referencia a las expectativas que tiene una persona sobre las recompensas que debe recibir y los costes que debe asumir en una determinada interacción social, cuya distribución debe ser percibida por éste como justa”. Cuando esta ley no es cumplida surge la ira, el resentimiento y el castigo. Pero lo curioso de esta teoría es que predice que el maltrato se producirá independientemente de la dirección en la que se produzca el desequilibrio; es decir, tanto si es la persona mayor como el cuidador el que está en una posición “de impotencia/sin autoridad” (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Por tanto, esta teoría, puede ser utilizada fácilmente para explicar el maltrato a mayores bajo la asunción de que las personas mayores maltratadas están más indefensas, son más dependientes y vulnerables que sus cuidadores y, como consecuencia, tienen menos alternativas para continuar la interacción, y además ha demostrado que la dependencia del posible responsable del maltrato sobre la posible víctima también es un factor de riesgo para el maltrato (Wolf, Strugnell & Godkin, 1982), de manera que cuando el posible responsable del maltrato se siente indefenso y/o impotente y busca una compensación a la falta de control o a la pérdida de poder con los recursos disponibles, la violencia es un resultado probable (Phillips, 1986). No obstante, existen dificultades para determinar o valorar los costes y los beneficios en las relaciones íntimas, en las relaciones personales y, por sí misma, no permite una explicación completa para el maltrato a mayores (Phillips, 1986; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).
- *Teoría del interaccionismo simbólico*: Esta es otra posible explicación teórica desarrollada para explicar el maltrato a mayores (Phillips, 1986). Utilizando este punto de vista desarrollado por McCall y Simmons, el interac-

cionismo simbólico está incluido dentro de la asunción de que la interacción social es un proceso entre al menos dos individuos que (1) ocurre a lo largo del tiempo; (2) consiste en fases identificables recurrentes, interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible, y (3) requiere negociación y renegociación constante para establecer un “consenso” sobre el significado simbólico del encuentro. Desde esta perspectiva, por tanto, no se trata de responder a unas recompensas o a unos castigos, como en la teoría del intercambio, sino que en esta teoría los actores sociales tienen unas metas que asumen como válidas, al tiempo que atribuyen una serie de motivaciones a los demás en su actuación o en su comportamiento y pueden corresponderse o no con lo que los demás asumen. Las fases de la interacción social incluyen el proceso cognitivo, la improvisación, la atribución y la consolidación de roles, la reciprocidad y la compatibilidad, y cuando se produce un desfase en alguna de ellas surge la posibilidad de conflicto y la finalización de la interacción (Decalmer y Glendenning, 1993, 2000). En tal contexto, el maltrato a mayores puede ser conceptualizado como una representación inadecuada o inapropiada del rol. El maltrato, por ejemplo, se podría producir debido a los cambios en las definiciones del rol en los grupos sociales donde la persona mayor interactúa, convirtiéndose muchas veces los hijos en padres y los padres en hijos. Esta teoría tiene, al igual que en los casos anteriores, ventajas y desventajas en su utilización como explicación para el maltrato a mayores.

- *Perspectivas teóricas de la economía crítica y la economía política del envejecimiento:* Estas teorías hacen hincapié en el impacto de la sociedad sobre la vida de las personas mayores, marginados dentro de la sociedad, dentro del entorno familiar y fuera de él. Desde este modelo se señala que muchos de los problemas que tienen las personas mayores no son consecuencia de procesos biológicos o naturales del propio proceso de envejecimiento, sino que reflejan las desigualdades sociales que limitan los roles y los recursos de las personas mayores. Varios autores consideran la construcción social de la pobreza y del estatus dependiente en la vejez, así como el menor valor de las personas mayores en nuestra sociedad como resultado, aunque no exclusivamente, de las diversas políticas sociales. En esta teoría se hace referencia al término “dependencia estructurada” que sugiere que los servicios sanitarios y sociales y las instituciones que gestionan las vidas de las personas mayores (por ejemplo, la obligación de la jubilación a una edad determinada, cobrar una pensión en lugar de un salario, la institucionalización y la restricción de los roles al ámbito doméstico) contribuyen a reforzar la dependencia y marginalización de las personas mayores. Desde esta perspectiva, el maltrato surgiría debido a la marginación de las personas mayores por la sociedad (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).
- *Teoría feminista:* Explica el maltrato en función del desequilibrio de poder dentro de las relaciones (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).
- *Demandas excesivas:* La teoría de las demandas excesivas o de estrés interno o del “cuidador agotado” propone que el estrés de suministrar cuidado a una persona mayor aumenta el riesgo de que el cuidador se comporte de forma abusiva (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Aunque algunos críticos afirman que esta teoría quita responsabilidad al posible responsable del maltrato (Pillemer y Finkelhor, 1989; Tomita, 1990), otros afirman que el exceso de estrés que ocurre entre los cuidadores de personas mayores y, por tanto, los esfuerzos para la prevención deben centrarse en aliviar este estrés para beneficiar a la posible víctima. Esta teoría ha llegado a ser bastante popular entre los profesionales de la salud mental y la población en general, posiblemente porque conduce en sí misma fácilmente a estrategias de intervención. No es fortuito que muchos servicios (por ejemplo, ayuda a domicilio, “comida sobre ruedas”) apoyados por varias agencias con fondos gubernamentales son dirigidos para disminuir la carga debida al cuidado de la persona mayor.
- *Transmisión intergeneracional de la violencia:* Otra hipótesis señalaba la importancia de la “violencia aprendida” y la transmisión intergeneracional de violencia dentro de las familias (Ansello, 1996; Quinn y Tomita, 1997; Gordon y Brill, 2001). Esta teoría supone que el comportamiento violento es un método aprendido como medio para expresar la ira y la frustración (Wolf y Pillemer, 1989). Algunas situaciones de maltrato podrían ser situaciones de violencia de pareja donde los individuos se han hecho mayores juntos y donde el comienzo de la edad avanzada y el incremento asociado de los contactos con los sistemas del cuidado de la salud y los servicios sociales podrían tener como resultado que la violencia salga a la luz por primera vez. También se ha hipotetizado que algunas situaciones de maltrato eran una consecuencia de violencia inversa, es decir, situaciones donde

el posible responsable del maltrato actual fue, en el pasado, la posible víctima de maltrato infantil o de pareja a manos de la persona mayor que está siendo maltratada (Ansello, 1996) o donde la violencia ha llegado a ser aceptada como norma dentro de la historia de esa relación (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Se ha hipotetizado que los individuos que son maltratados cuando son niños llegan a formar parte de un ciclo de violencia, desarrollando el mismo patrón de comportamiento a través de la observación directa (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). El cambio de poder que acompaña al proceso de envejecimiento, donde los hijos adultos se convierten en cuidadores de sus padres mayores, suministra a la persona que en el pasado fue maltratada la oportunidad para llevar a cabo la venganza ya sea a través del abuso o la negligencia hacia sus padres (Gordon y Brill, 2001). En estas circunstancias se sugiere que la persona que comete el maltrato está utilizando la violencia como una estrategia aprendida para afrontar conflictos o, como se ha sugerido anteriormente, para vengarse de un maltrato ocurrido en el pasado. Aunque hay algunos datos que apoyan esta teoría teniendo en cuenta la violencia de género y el maltrato infantil, todavía no hay datos convincentes que apoyen la extensión de esta teoría al maltrato hacia personas mayores (Biggs, Kingston y Phillipson, 1995).

- *Modelo ecológico:* Dada la complejidad del tema del maltrato a mayores y del hecho de que diversos factores de riesgo relevantes estén relacionados con las personas que cuidan y son cuidadas, con el ambiente o el contexto social/cultural y con la interacción entre las personas y el contexto, un enfoque ecológico podría ser el mejor para dirigirse a los requisitos necesarios para un mejor entendimiento del maltrato a mayores, por tanto este modelo proporciona una interpretación de las relaciones intergeneracionales entre el hijo (cuidador) y el padre mayor a lo largo del curso de la vida como base para el desarrollo de programas de prevención e intervención, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias en una sociedad envejecida. (Schiemberg y Gans, 2000).

Este modelo se deriva de dos marcos más amplios: la perspectiva ecológica humana, en particular del modelo de Bronfenbrenner 1979, 1986, 1995) y la perspectiva del curso de la vida (Bengston y Allen, 1993; Schiemberg y Gans, 2000). En él, se modificó el modelo original de Bronfenbrenner para incorporar una perspectiva bifocal, centrándose de forma simultánea en el padre mayor y el hijo adulto (el modelo original sólo se centraba en una persona). El desarrollo ontogénico es también analizado en ambos (por ejemplo, género, estado civil, etc.). La relación entre las personas se examina, dentro de los múltiples contextos donde tienen lugar las relaciones (biológico, físico/ecológico, interpersonal, sociocultural, político, económico e histórico), y, además, se analiza el cambio de las interacciones e interrelaciones entre ambos a lo largo del tiempo. Por tanto, la violencia, según este modelo, surge como resultado de factores individuales, interpersonales y sociales. Su ventaja es que permite que el maltrato a personas mayores se asocie a cuestiones sociales más amplias.

La perspectiva ecológica no sólo capacita a los profesionales a tratar con la complejidad del problema, sino que también proporciona un marco para entender la interrelación y la interdependencia entre los diferentes factores de riesgo. La organización de los factores de riesgo dentro del acuerdo de ambientes (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1995) enfatiza la influencia de estos factores unos con otros y, por tanto, capacita a los investigadores a entender mejor la dinámica del maltrato dentro del contexto del cuidado familiar.

Como se puede comprobar algunas teorías son de carácter intraindividual y contemplarían las causas de la violencia basada en las características de las personas o en los efectos, por ejemplo, del abuso del alcohol u otras drogas y de la psicopatología. Otras teorías son sociopsicológicas y centran la atención en la interacción de la persona y en el rol del aprendizaje en el desarrollo de la conducta violenta, como la teoría del aprendizaje social, donde se entiende que aquellos niños que han aprendido a ejercer la violencia con más probabilidad serán de mayores adultos posibles responsables del maltrato (aunque se ha encontrado que no todos los niños que han sufrido violencia en su infancia de adultos son posibles responsables del maltrato, sí se ha comprobado que entre los que ejercen violencia predominan los que fueron maltratados de niños). Las teorías socioculturales, por su parte, enfatizan la importancia de las estructuras sociales y las organizaciones institucionales en el desarrollo de la violencia, como por ejemplo, todas las teorías que se derivan de la economía política del envejecimiento. Por tanto, autores como Ansello (1996) concluyen que no parece que haya una sola explicación para cualquier forma de violencia doméstica, incluido el maltrato a mayores, y que diferentes teorías explican distintos aspectos de un problema complejo. La

investigación sugiere que las explicaciones teóricas deben dirigirse no sólo a las características individuales de las posibles víctimas mayores y sus posibles responsables del maltrato, sino también al contexto general dentro del que ocurre el maltrato (Kosberg y Nahmiash, 1996; Schiamberg y Gans, 2000).

Como conclusión se puede decir que la violencia es compleja y multidimensional.

5. FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO A MAYORES

A pesar de que la gran mayoría de los familiares cuidan bien de sus parientes mayores, desafortunadamente algunas personas mayores pueden estar confiando su cuidado a personas que son incapaces de cuidar adecuadamente de ellas. De buenas intenciones pueden surgir como resultado consecuencias negativas, es decir, el deseo de cuidar de una persona mayor podría "agobiar" a un cuidador y al sistema familiar y dar como resultado un aumento de tensiones y presiones que pueden desembocar en conductas abusivas debido, por ejemplo, a la frustración y la fatiga (Kosberg, 1988), entre otras.

Debido a que, como se ha comentado anteriormente, el maltrato a mayores es un problema extremadamente complejo, a continuación se describen algunos de los posibles factores de riesgo relacionados con el maltrato a mayores (Wolf, 1998). Es importante tener en cuenta que el maltrato a mayores no es la consecuencia de un único factor sino que es el resultado de la interacción entre factores personales, familiares, sociales y culturales (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000). Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el cuidador o en el contexto de la situación de cuidado.

En primer lugar, entre los factores presentes en la persona mayor cabe destacar el género, aunque existen resultados contradictorios, es decir, unos señalan que ser mujer es un factor de riesgo (Penhale, 1993) y otros señalan que es ser hombre (Pillemer y Finkelhor, 1988). Otro factor de riesgo sería la edad, de manera que a mayor edad mayor riesgo (Nacional Center on Elder Abuse, 1998); el estado civil, siendo las personas casadas las que presentarían más riesgo (Schiamberg y Gans, 2000); determinados rasgos de personalidad, como que se culpe de la situación (Quinn y Tomita, 1997; Schiamberg y Gans, 2000), que muestre lealtad excesiva hacia el responsable del maltrato (Kosberg, 1988) o se resigne (Schiamberg y Gans, 2000); la presencia de comportamientos provocadores y/o agresivos, presentes especialmente en personas con demencia (Kosberg, 1988); presencia de deterioro cognitivo (demencia, Enfermedad de Alzheimer) (Kosberg y Nahmiash, 1996); mala salud, aunque se han encontrado resultados contradictorios con respecto a este factor, mientras algunos estudios indican que las personas mayores con buena salud pueden ser maltratadas, otros han encontrado lo contrario (Kosberg y Nahmiash, 1996); problemas de comunicación (Kosberg, 1988); dependencia (física, económica, etc.), aunque también con respecto a este factor se han encontrado resultados contradictorios (Pillemer y Finkelhor, 1988; Kosberg, 1988; Glendenning, 1993) no pudiendo asumir la relación directa entre la dependencia y el maltrato (Pillemer y Suito, 1988).

En segundo lugar, entre los factores de riesgo presentes en el cuidador informal (familiares) cabe señalar el género, aunque se han encontrado resultados contradictorios (Penhale, 1993). Otros autores señalan que el género está relacionado con el tipo de maltrato (Pillemer y Wolf, 1986; Penhale, 1993) (hombres, maltrato físico, y mujeres, negligencia); que tengan inexperiencia (falta de conocimientos y entrenamiento adecuados) en el cuidado de una persona mayor (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002); presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, demencia), aunque se ha encontrado que la presencia de estos trastornos no hacen que aumente la probabilidad de maltratar al familiar mayor (Tomita, 1990), sí se ha encontrado (Kosberg, 1988) que la presencia de los mismos puede dificultar interacciones adecuadas entre ambos que conduzcan a posibles situaciones de maltrato (Quinn y Tomita, 1997); determinados factores de personalidad, como que culpe a la persona mayor de la situación y no tenga paciencia, que no comprenda sus necesidades (Quinn y Tomita, 1997), etc.; que abuse de sustancias como el alcohol y/u otras drogas, (Godkin, Wolf y Pillemer, 1989); la presencia de sentimientos negativos, como la ira y la hostilidad, como consecuencia de determinadas características de la situación de cuidado (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998); que esté estresado, aunque se han encontrado resultados contradictorios con respecto a la relación de

esta variable y el maltrato a mayores, de manera que mientras algunos autores sí la encuentran (Hudson, 1986), otros, en cambio (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Anetzberger, 2000) han señalado que, aunque muchos informan de elevados niveles de estrés, sólo una minoría de ellos abusa de sus familiares; que perciban carga asociada al cuidado, donde al igual que en el caso anterior, se han encontrado resultados contradictorios (Steinmetz, 1990; Gordon y Brill, 2001) ya que, aunque la mayoría afirma estar sobrecargado no todos maltratan a sus familiares; que sea dependiente económicamente o para el alojamiento de la persona mayor (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002).

Finalmente, entre los factores de riesgo presentes en la situación de cuidado, podemos indicar que entre los que pueden aumentar el riesgo de maltrato se encuentran, la cantidad de ayuda (formal e informal) recibida, siendo los cuidadores que menos ayuda reciben los que presentan mayor riesgo de maltrato (Wolf y Pillemer, 1989; Kosberg y Nahmiash, 1996); la falta de contactos informales y/o formales, es decir, el aislamiento social, tanto en el cuidador (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000) como en la persona mayor (Homer y Gilleard, 1990) aumenta la probabilidad de maltrato; el desgaste de los vínculos intergeneracionales; dificultades económicas (Kosberg, 1988); que el cuidador y la persona mayor vivan juntos (Kosberg, 1988); la calidad de la relación anterior (Homer y Gilleard, 1990) y actual (Glendenning, 1993) entre el cuidador y la persona mayor, siendo más probable el riesgo cuando peor es la calidad de la relación en ambos momentos; y, que la vivienda sea compartida por demasiadas personas provocando falta de espacio e intimidad (Kosberg & Cairl, 1986).

6. BARRERAS PARA INFORMAR DEL MALTRATO

A pesar de la información disponible sobre los factores de riesgo del maltrato a personas mayores, existen muchas barreras que obstaculizan la identificación de una situación de maltrato a mayores (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002). Estas barreras se pueden agrupar en (Henderson, Buchanan y Fisher, 2002; Schiamberg y Gans, 2000; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998):

- Barreras presentes en la posible víctima como la negación (no admitir lo que está ocurriendo, querer proteger al posible responsable del maltrato de consecuencias negativas), miedo (a las posibles represalias por parte del posible responsable del maltrato, a la institucionalización, a perder el contacto con el familiar y/o a dañar la relación familiar), dependencia (económica, alojamiento, emocional) del responsable del maltrato, vergüenza (a tener que contar a alguien le está maltratando, sobre todo si es un familiar el responsable del maltrato), culpa (se culpa así mismo de la situación), sistema de creencias (pensar que nadie puede ayudarle, creer que se lo merece, creer que es un problema familiar y por tanto se debe resolver de forma interna sin que se involucren “extraños”, pensar que no le van a creer, creer que el maltrato y/o la negligencia que está experimentando es un comportamiento familiar normal, creer que aunque se lo cuente a alguien nada va a cambiar la situación que está viviendo, creer que la situación acabará pronto, especialmente si el posible responsable del maltrato ha prometido que no va a volver a ocurrir, creer que no puede confiar en nadie), mal estado de salud, mal estado cognitivo (dificultades de comunicación, demencia), desconocimiento acerca de la situación, de los servicios que tiene a su disposición en la comunidad, de sus derechos, de la gravedad de la situación.
- Barreras relativas a los posibles responsables del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores que pueden obstaculizar su reconocimiento (Schiamberg y Gans, 2000; Papadopoulos y La Fontaine, 2000) como la negación (niegan la existencia del mismo por miedo a posibles consecuencias negativas para ellos), resistencia a la puesta en marcha de intervenciones una vez que el maltrato ha sido confirmado, oposición a que se evalúe a la posible víctima en privado, aislamiento social al que someten a la posible víctima para evitar que alguien pueda enterarse de lo que está ocurriendo.
- Barreras relativas a familiares, amigos, etc., que dificultan la detección del maltrato a mayores (Schiamberg y Gans, 2000) como no saber con quién hablar del tema, no saber qué pueden hacer, no querer involucrarse, no querer revelar que el maltrato está ocurriendo y/o que ha ocurrido, la persona mayor les ha pedido que no informen de ello.

- Barreras socioculturales que pueden dificultar la detección del maltrato y/o la negligencia hacia personas mayores (Schiamberg y Gans, 2000; Blakely, Dolon y May, 1993; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), como el edadismo (actitudes negativas, desfavorables y de discriminación en función de la edad, considerando los derechos de las personas mayores como menos importantes que otros miembros de la sociedad “más productivos”, disminuyendo el valor que se les concede como personas), falta de concienciación sobre el tema de los malos tratos hacia las personas mayores, percepción de la situación como normal: una misma situación puede ser considerada bien como una forma de maltrato o como una forma de interacción habitual entre dos personas.
- Barreras relativas a los profesionales (del ámbito sanitario, servicios sociales, banqueros, etc.) que dificultan la detección del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores (Blakely, Dolon y May, 1993; Schiamberg y Gans, 2000; Reay y Browne, 2002; Henderson, Buchanan y Fisher, 2002), como falta de conocimiento general sobre el maltrato: prevalencia, señales de alerta, aspectos legales, etc., temor (a que la persona mayor pueda perder la confianza en ellos desde ese momento, a que cualquier acción que lleven a cabo sea difícil de manejar, o que provoque mayor daño en la persona mayor (por ejemplo, debido a que el cuidador tome represalias contra ella, a que, a pesar de que ellos informen de la situación, la persona mayor y/o el posible responsable del maltrato pueda negarlo); desorientación sobre pautas de actuación, ya que pueden no ser conscientes de que la situación que están presenciando es maltrato; de los servicios disponibles para esos casos; no saben a quién deben contárselo, etc.; nihilismo terapéutico (creen que nada de lo que hagan va a mejorar la situación), no quieren involucrarse en la situación para evitar interferir, por un lado, en las relaciones familiares entre la persona mayor y el cuidador y, por otro lado, en su relación profesional tanto con la persona mayor como con el posible responsable del maltrato; la persona mayor les pide que no informen del caso, falta de tiempo y de privacidad con la persona mayor durante las visitas al médico, los signos o síntomas del maltrato y/o la negligencia podrían ser difíciles de detectar ya que muchos de ellos, en ocasiones, son erróneamente atribuidos a cambios asociados con el envejecimiento o a enfermedad física y/o mental; carencia de protocolos para evaluar y responder ante el maltrato y/o la negligencia, carencia en la experiencia en la evaluación del maltrato y/o la negligencia apropiadas, falta de coordinación entre los profesionales, la familia, el posible responsable del maltrato y/o la negligencia y/o la persona mayor se resisten a la intervención una vez que el maltrato es identificado.
- Barreras estructurales que dificultan la detección del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores (Schiamberg y Gans, 2000) como falta de recursos (personales, económicos, servicios) y falta de concienciación.

7. DETECCIÓN POR PARTE DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales de Atención Primaria tienen una oportunidad única para identificar e informar del maltrato a personas mayores, por ello es necesario formar a las personas que trabajan en este ámbito para ayudarles a detectar, evaluar e intervenir (Reay y Browne, 2002). Se encuentran en una posición privilegiada para la detección del maltrato a mayores ya que podrían ser las únicas personas externas a la familia con la posibilidad de ver a la persona mayor de forma regular, pudiendo establecer con las personas mayores y sus familias una relación de confianza, que les permitan obtener la información necesaria para reconocer el maltrato y negligencia potencial e intervenir antes de que éstas se produzcan. En contraste, por ejemplo, los médicos de Urgencias son más bien testigos de los efectos del maltrato a mayores.

La tarea de detección del maltrato por parte de Atención Primaria puede ser facilitada si se dispone de un instrumento adecuado con el que los profesionales puedan evaluar rápidamente la existencia o no de maltrato. El protocolo debe incluir cuestiones demográficas básicas, información sobre factores personales, sociales, físicos, etc., de la persona mayor, del cuidador, etc., de forma que tras su aplicación el profesional pueda disponer de la información suficiente para saber si la persona mayor está siendo maltratada o no, así como qué tipo/s de maltrato está experimentando (Adelman, Siddiqui y Foldi, 1998).

Aunque se han desarrollado diversos instrumentos dirigidos a la detección de malos tratos, la utilización de estos cuestionarios como cribado puede conllevar diversos riesgos, como el de culpabilizar a personas mayores y sus

familiares, siendo necesario que reúnan una alta sensibilidad y especificidad. Además, se precisa que sean sencillos, no consuman excesivo tiempo en su realización, que puedan ser utilizados por cualquier profesional y que se adapten al contexto sociocultural en el que se van a utilizar. En la actualidad se carece de instrumentos válidos, suficientemente sensibles y específicos para la detección de los malos tratos en personas mayores.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADELMAN, R., SIDDIQUI, H., y FOLDI, N. (1998). Approaches to Diagnosis and Treatment of Elder Abuse and Neglect. En: M. Hersen y V.B. Van Hasselt. *Handbook of Clinical Geropsychology*. New York: Plenum Publishing Company.
- ANETZBERGER, G. J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 24 (2), 46-52.
- ANSELLO, E. E. (1996). Causes and theories. En: L. A. Baumhover and S.C. Bell, eds. *Abuse, Neglect and Exploitation of Older Persons: Strategies for Assessment and Intervention*. Baltimore: Health Professions Press.
- BAKER, A. A. (1975). Granny Battering. *Modern Geriatrics*, 5 (8), 20-4.
- BARBERO, J.; BARRIO, I. M.; GUTIÉRREZ, B.; IZAL, M.; MARTÍNEZ, A.; MOYA, A.; PÉREZ, G.; SÁNCHEZ DEL CORRAL, F., y YUSTE, A. (2005). Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). *Manual teórico-práctico sobre el maltrato a mayores*. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
- BENGSTON, V. L., & ALLEN, K. R. (1993). "The life course perspective applied to families over time". En: P. G. Boss, W. J. Doherty, R. La Rossa, W. R. Scham, & S. K. Steinmetz (Eds.). *Sourcebook of families, theories and methods: A contextual approach*. New York: Plenum.
- BENNETT, G., y KINGSTON, P. (1993). *Elder Abuse: concepts, theories and interventions*. London: Chapman & Hall.
- BIGGS, S.; PHILLIPSON, C. & KINGSTON, P. (1995). *Elder abuse in perspective*. Bristol: Open University Press.
- BLAKELY, B. E.; DOLON, R., y MAY, D. D. (1993). Improving the Responses of Physicians to Elder Abuse and Neglect: Contributions of a Model Program. *Journal of Gerontological Social Work*, 19(3/4), 35-47.
- BLOCK, M. R., y SINNOTT, J. D. (Eds.) (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study*. University of Maryland Center on Aging: College Park.
- BONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BONFENBRENNER, U. (1986). Interacting systems in human development. En: N. Bolger, N. Casp, A. Downwy y M. Moorehouse. *Person in context. Development Process*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BONFENBRENNER, U. (1995). The bioecological model from a life course perspective-Reflections of a participant observer. En: P. Moen, G. Elder y K. Luscher. *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of human development*. APA: Washington, DC.
- BROWNE, K., y HERBERT, M. (1997) *Preventing Family Violence*. Chichester: Wiley and Sons.
- BURSTON, G. G. (1975). Granny bashing. *British Medical Journal*, 6, 592.
- CICIRELLI, V. G. (1990). Family Support in Relation to Health Problems of the Elderly. En T.H. Brubaker. *Family Relationships in Later Life*. London: Sage Publications.
- DECALMER, P., y GLENDENNING, F. (1993). *The Mistreatment of Elderly People*. London: Sage Publications.
- DECALMER, P. y GLENDENNING, F. (Eds.) (2000). *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.
- GIORDANO, N. H.; GIORDANO, J. A. (1984). Elder Abuse: A Review of the Literature. *Social Work*, 232-236.

- GLENDENNING, F. (1993). What is Elder Abuse and Neglect. En P. Decalmer y F. Glendenning. *The Mistreatment of Elderly People*. London: Sage Publications.
- GORDON, R. M., y BRILL, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.
- HENDERSON, D.; BUCHANAN, J. A., y FISHER, J. E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: P. A. Schewe (Ed). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- HOMANS, G. C. (1961). *Social behavior*. New York: Harcourt, Brace & World.
- HOMER, A. C., y GILLEARD, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359-62.
- HUDSON, M. F. (1986). Elder Mistreatment: Current Research. En K. A. Pillemer y R. S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.
- HUDSON, M.F. (1991). Elder Mistreatment: A Taxonomy with Definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 3(2), 1-20.
- JOHNSON, T. (1986). Critical Issues in the Definition of Elder Abuse. En K. A. Pillemer y R.S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.
- JOHNSON, T. F. (1991). *Elder Mistreatment: Deciding Who Is at Risk*. Westport: Greenwood Press.
- KESEEL, H.; MARÍN, N., y MATURANA, N. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 31 (6), 367-372.
- KOSBERG, J. I., y CAIRL, R. E. (1986). The Cost of Care Index: A Case Management Tool for Screening Informal Care Providers. *The Gerontologist*, 26 (3), 273-278.
- KOSBERG, J. I. (1988). Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions. *The Gerontologist*, 28 (1), 43-50.
- KOSBERG, J. I., y NAHMIASH, D. (1996). Characteristics of victims and perpetrators and milieus of abuse and neglect. En L. A. Baumhorer y S. C. Bell (Eds.). *Abuse, neglect and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention*. Baltimore: Health Professions Press.
- LACHS, M. S., y PILLEMER, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332(7), 437-43.
- LAFATA, M. J., y HELFRICH, C. A. (2001). The Occupational Therapy Elder Abuse Checklist. En C.A. Helfrich. *Domestic Abuse Across the Lifespan: The Role of Occupational Therapy*. The Haworth Press, Inc.
- LAU, E., y KOSBERG, J. I. (1979). Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 297, 10-15.
- PAPADOPOULOS, A., y LA FONTAINE, J. (2000). *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. United Kingdow: Winslow Press Ltd.
- PAYNE, B.K. (2002). An integrated understanding of elder abuse and neglect. *Journal of Criminal Justice*, 30 (6): 535-547.
- PEDRICK-CORNELL, C., y GELLES, R. J. (1982). Elder Abuse: The Status of Current Knowledge. *Family Relations*, 31 (3), 457-465.
- PENHALE, B. (1993). The abuse of elderly people: Considerations for practice. *British Journal of Social Work*, 23 (2), 95-112.
- PENHALE, B., y KINGSTON, P. (1997). Elder abuse, mental health and later life: steps towards an understanding. *Aging and Mental Health*, 1(4), 296-304.
- PÉREZ, G. (2004). Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. Madrid. Portal Mayores [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>]
- PHILLIPS, L. R. (1986). Theoretical Explanations of Elder Abuse: Competing Hypotheses and Unresolved Issues. En K. A. Pillemer y R. S. Wolf. *Elder Abuse. Conflict in the Family*. Dover, Massachussets: Auburn House Publishing Company.
- PILLEMER, K. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly. *Social Problems*, 33 (2), 146-158.

- PILLEMER, K., y SUITOR, J. J. (1988). Elder Abuse. En: V. B. Van Hasselt (Ed.) y R. L. Morrison (Ed.). *Handbook of Family Violence*. New York: Plenum Press.
- PILLEMER, K., y FINKELHOR, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 28 (1), 51-57.
- PILLEMER, K., y FINKELHOR, D. (1989). Causes of Elder Abuse: Caregiver Stress Versus Problem Relatives. *American Journal Orthopsychiatric*, 59 (2), 179-187.
- QUINN, M., y TOMITA, S. (1997). *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies*. New York: Springer Publishing.
- REAY, A. M., y BROWNE, K. D. (2002). The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (4), 416-431.
- SCHIAMBERG, L.B., & GANS, D. M. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50 (4), 329-59.
- STEINMETZ, S. K. (1990). Elder Abuse: Myth and Reality. En T.H. Brubaker. *Family Relationships in Later Life*. Sage Publications.
- THE NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE. (1998). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Washington. D. C.
- TOMITA, S. K. (1990). The Denial of Elder Mistreatment by Victims and Abusers: The Application of Neutralization Theory. *Violence and Victims*, 53, 171-183.
- WOLF, R. S.; STRUGNELL, C. P., y GODKIN, M. A. (1982). *Preliminary Findings from Three Model Projects on Elderly Abuse*, Center on Aging. Worcester, MA: University of Massachusetts Medical Center.
- WOLF, R. S. (1998). Domestic Elder Abuse and Neglect. En: I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, editors. *Clinical Geropsychology*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- WOLF, ROSALIE S., y KARL PILLEMER. (1989). *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York: Columbia University.

Parte II

ANÁLISIS DE RESULTADOS. INFORME TRANSNACIONAL

Respuesta Global al Maltrato de las Personas Mayores, incluyendo la Negligencia: Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación es el resultado del programa conjunto de investigación *Respuesta global al maltrato de las personas mayores, incluyendo la negligencia. Capacitación de los servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial* llevado a cabo por la Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS (OMS/ALC) y el Centro de Investigación Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra (CIG-UNIGE). El proyecto fue iniciado y supervisado por el Dr. Alexandre Kalache, coordinador de la Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS, y por el profesor Charles-Henri Rapin, de la Universidad de Ginebra. Karina Kaindl coordinó el proyecto y redactó este informe bajo la dirección de los supervisores del proyecto.

Este proyecto recibió apoyo técnico y económico del Departamento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y del Área de Salud Familiar y Comunitaria de la OMS, así como del Centro de Investigación Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra. Agradecemos la colaboración y apoyo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (IMSERSO/SEGG), que financiaron la investigación en España y los costes de la traducción al castellano, y al Departamento de las Comunidades de Victoria, que organizó, llevó a cabo y financió la investigación en Australia.

Los coordinadores del estudio quisieran agradecer estrechamente a los colaboradores de Montreal, quienes proporcionaron un conjunto de preguntas y el Formulario de Evaluación de Trabajo Social que originalmente idearon y condujeron, ambos probados durante este proyecto (1). El equipo de Montreal también ha ofrecido de manera generosa el protocolo de investigación de los grupos focales empleado localmente, así como sus expertas recomendaciones. Nuestro especial agradecimiento a las personas mayores, profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales que intervinieron en los estudios nacionales de los países participantes. Agradecemos las aportaciones técnicas de nuestros expertos investigadores, evaluadores, coordinadores del país y quienes hicieron posible los grupos focales.

La Red Universitaria Internacional de Ginebra (GIAN) dio su generoso apoyo económico para la realización de este estudio y la publicación de este informe (2). El GIAN es una red de investigación internacional financiada por la Universidad de Ginebra, el Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales (GIIS) y el Instituto Universitario de Estudios del Desarrollo (GIDS). Su principal objetivo es crear asociaciones entre diversas entidades, principalmente instituciones académicas y organizaciones internacionales, mediante el apoyo a la investigación de interés político al servicio de la paz y la justicia.

1. PRÓLOGO

Las estimaciones de la ONU indican que para el año 2025 el número de personas mayores (60 y más años) se duplicará, pasando de los actuales 600 millones a los 1.200 millones. De cada millón de personas que cumplen 60 años cada mes, el 80 % viven en países en vías de desarrollo. Aunque la proporción de personas mayores del total de la población es mayor en los países desarrollados, el incremento del porcentaje de población mayor es mucho más amplio en los países en vías de desarrollo (3). Además, el rápido envejecimiento en los países desarrollados tiene lugar en un contexto de rápidos cambios sociales –como son la urbanización, mayor participación de la mujer en el mercado laboral, industrialización– y de pobreza generalizada. Aunque el maltrato a las personas mayores no es un fenómeno nuevo, la rapidez con que envejece la población mundial –en este contexto de profundos cambios sociales– conllevará inevitablemente el aumento de su incidencia y prevalencia.

Hasta hace muy poco tiempo el maltrato a las personas mayores, ha sido un problema social oculto –considerado principalmente como un asunto privado, a pesar de que es una manifestación del eterno fenómeno de la violencia

(1) El equipo está formado por los investigadores Mark Yaffe (McGill University y St. Mary's Hospital Centre, Maxine Lithwick (Centro de Salud y Servicios Sociales de René-Cassin) y Christina Wolfson (McGill University y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital).

(2) <http://www.ruig-gian.org>

(3) División de Población de la ONU, 2004.

interpersonal-. El maltrato infantil y de pareja (principalmente dirigido hacia las mujeres) fueron los primeros en surgir y se consideraron en general como problemas de violencia familiar (doméstica). La conciencia pública del maltrato infantil y violencia sobre la mujer sólo alcanzó importancia cuando los estudios en el último cuarto del siglo xx mostraron los datos de su magnitud. Fue sólo entonces cuando, como consecuencia, se clasificó la violencia interpersonal por grupos específicos de edad. Aparte de otros parámetros que tratan de explicar el acoso en diferentes grupos de población, el envejecimiento puede provocar un riesgo añadido de maltrato –debido a la mayor dependencia hacia los demás, el aislamiento social y la fragilidad-. Además, los hombres y mujeres mayores provienen de generaciones acostumbradas a evitar hablar de temas privados. Ello ayuda a explicar por qué el maltrato a las personas mayores continúa siendo un tabú, por lo general infraestimado e ignorado en las sociedades de todo el mundo.

No obstante hay cada vez mayor evidencia de que el maltrato a las personas mayores –que incluye también la negligencia– es un importante problema de salud pública y social que se manifiesta tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Como tal, demanda una respuesta instrumentada global. Desde una perspectiva sanitaria y social. A menos que los servicios de Atención Primaria y los servicios sociales estén bien preparados para identificar y hacer frente al problema, el maltrato a las personas mayores seguirá siendo infradiagnosticado y pasado por alto.

La Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida de la OMS y el Centro de Investigación Interdisciplinar de la Universidad de Ginebra con colaboradores de todos los continentes llevaron a cabo este estudio con el propósito principal de desarrollar una estrategia para la prevención del maltrato a las personas mayores en el ámbito de Atención Primaria. Consistió en un proyecto de investigación cualitativa realizado en ocho países participantes centrado en la valoración de preguntas desarrolladas originalmente por investigadores en Montreal, con el objetivo de aumentar la concienciación entre los profesionales de Atención Primaria sobre el problema del maltrato a las personas mayores.

Abreviaturas

ALC	Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida.
CIG	Centro Interfacultades de Gerontología.
CSSS	Centro de Salud y Servicios Sociales.
EASI	Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores.
GIAN	Red Universitaria Internacional de Ginebra.
HUG	Hospitales Universitarios de Ginebra.
INPEA	Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez.
MIPAA	Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
Poliger	Policlínica de Geriatria de Hospitales Universitarios de Ginebra.
SWEF	Formulario de Evaluación de Trabajo Social.

Para citar este trabajo se sugiere: "WHO/CIG, A Global Response to Elder Abuse and Neglect. Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem World-Wide. Geneva, World Health Organization, 2006".

2. RESUMEN EJECUTIVO

La Organización Mundial de la Salud y el Centro de Investigación Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra, en asociación con instituciones de ocho países (Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia, Singapur y Suiza), establecieron un programa conjunto de investigación con el objetivo de abordar un importante aunque todavía oculto problema social: el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores. Las bases de este estudio fueron proporcionadas por el trabajo innovador de un equipo multidisciplinar e interinstitucional de Montreal (4).

Los objetivos del proyecto son:

- i) Desarrollar y validar un instrumento fiable aplicable en diferentes contextos geográficos y culturales para aumentar la conciencia entre los profesionales de Atención Primaria sobre el problema del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores.
- ii) Capacitar a los trabajadores de Atención Primaria para el abordaje del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores a través de la educación basada en la evidencia para el desarrollo de estrategias de prevención.

El proyecto original consistía en el desarrollo y validación de un instrumento universal de cribado de uso rutinario que facilitara la detección del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores entre los profesionales de Atención Primaria. Sin embargo, las consultas con expertos y asesores durante la fase inicial del proyecto señalaron lo crítico de aplicar el concepto de un instrumento de cribado para el maltrato a mayores en el campo de la Atención Primaria, ya que incluye momentos de estrés psicosocial no sólo para las personas mayores sino también para los profesionales de Atención Primaria, quienes actualmente no están adecuadamente dotados de estrategias de seguimiento. Se consideró, por tanto, más apropiado desarrollar un instrumento que ayudara a incrementar la concienciación sobre el tema del maltrato hacia personas mayores entre los profesionales de Atención Primaria y los sensibilizara para el abordaje de posibles casos de maltrato. Por tanto el objetivo del estudio de la OMS-CIG es proporcionar un instrumento para detectar la sospecha de maltrato hacia las personas mayores basado en el Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores (*Elder Abuse Suspicion Index, EASI*), desarrollado y probado previamente en Montreal.

El maltrato hacia las personas mayores y su detección son cuestiones que exigen mucho esfuerzo y son muy delicadas, por tanto, necesitan un enfoque y un vocabulario específico tanto a nivel lingüístico como cultural. De manera que la creación de un instrumento "universal" requiere un análisis global. Se consideró que un primer paso debía ser el análisis cualitativo de una serie de preguntas, las utilizadas en el EASI de Montreal, en los ocho países participantes mencionados anteriormente. Una acción adicional, que se llevará a cabo en estudios posteriores, es el pilotaje del instrumento en ámbitos clínicos y el aumento del número de países participantes.

Los resultados del análisis cualitativo de las preguntas confirman que, según la opinión de las personas mayores que participaron, y en particular de los profesionales de Atención Primaria, tener un instrumento breve que cubra las dimensiones principales del maltrato a mayores podría ser un paso crítico para su prevención y detección. Sin embargo, de acuerdo con tales resultados, el desarrollo de un instrumento universal aplicable en todos los contextos culturales y geográficos todavía no se ha alcanzado; la adecuación de su contenido y formulación varía enormemente en función del ámbito de aplicación. No obstante, los participantes en el estudio indicaron que creían que esto era esencial para equipar a los profesionales de Atención Primaria con una serie de preguntas las cuales pueden servir como punto de partida para incrementar la concienciación sobre el maltrato hacia personas mayores.

(4) Véase nota 1 a pie de página.

3. FUNDAMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ¿Qué es el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores?

La OMS-CGI adoptó la definición desarrollada por *Action on Elder Abuse* (Reino Unido) (5) en 1995:

“El maltrato a personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.”

El maltrato a las personas mayores tiene importantes consecuencias para su salud y bienestar, y puede ser de varias formas: **física, verbal, psicológica/emocional, sexual y abuso económico**. También puede reflejar simplemente negligencia **intencional o no intencional**. El maltrato y la negligencia son fenómenos culturalmente definidos que reflejan distinciones entre valores, estándares y comportamientos interpersonales inaceptables.

Como cualquier otra forma de maltrato, se trata de una violación de los derechos humanos y es una causa importante de lesión, enfermedad, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. El estudio “Voces Ausentes” (“Missing voices – Views of Older Persons on Elder Abuse”) (6) indicó que las propias personas mayores perciben el maltrato en tres amplias áreas: negligencia (aislamiento, abandono y exclusión social); violación (de derechos humanos, legales y médicos) y privación (de oportunidades, decisiones, estatus, dinero y respeto).

La modernización, la industrialización, el envejecimiento poblacional, la urbanización, y el aumento de la incorporación de la mujer al mercado laboral puede explicar el mayor número de casos informados sobre maltrato a personas mayores. Con todo, sólo se conoce la existencia de índices de prevalencia a unos pocos países desarrollados. En los lugares donde existen estudios de prevalencia sobre maltrato a personas mayores, los índices varían entre el 1 y el 35 % (7) dependiendo, por ejemplo, de las definiciones y de los métodos empleados en la encuesta y en la muestra. Sin embargo, estas cifras pueden representar sólo la “punta del iceberg”, ya que algunos expertos consideran que el maltrato a personas mayores no es notificado hasta en un 80 % de las ocasiones. Las estimaciones recogidas en diversos informes varían de uno por cada seis casos a uno por cada quince casos que se notifican. Estos bajos índices pueden deberse al aislamiento de las personas mayores, a la falta de uniformidad legal y a la reticencia general de las personas –incluidos los profesionales– a informar de casos de sospecha de maltrato y negligencia hacia personas mayores. En los países en vías de desarrollo, aunque no hay una recogida sistemática de datos estadísticos o de estudios de prevalencia, los registros de criminalidad y de bienestar social, las noticias de prensa y los estudios a pequeña escala evidencian que el maltrato, negligencia y abuso económico hacia personas mayores parecen estar muy presentes.

3.2. Trabajo preliminar

El programa conjunto de la OMS-CIG responde a las recomendaciones del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA) (8), principal resultado de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en abril de 2002 en Madrid. El MIPAA se basa en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores, que se establecieron en 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas bajo el lema “Añadir vida a los años que se han añadido a la vida”, que resume el esfuerzo necesario para conseguir una sociedad justa en todas las edades. El Plan tiene diversas implicaciones que abordan el tema del maltrato a las personas mayores. En él se solicitan cambios en actitudes, políticas y prácticas en todos los ámbitos y sectores para asegurar que las personas de cualquier lugar puedan envejecer con seguridad y dignidad, como ciudadanos con plenos derechos. Además, el MIPAA reconoce la universalidad del problema del maltrato a los mayores. Aunque se indica que el pro-

(5) Véase también <http://www.elderabuse.org.uk/Mainpages/Questions.htm>

(6) OMS/INPEA, 2002a.

(7) Véase, por ejemplo, Pillemer y Finkelhor, 1998; Yan y Tang, 2001, y Ruiz Sanmartín *et al.*, 2001.

(8) ONU, 2002.

ceso del envejecimiento conlleva una menor capacidad de curación y que el impacto del trauma puede agravarse porque la vergüenza y el miedo pueden hacer que se evite solicitar ayuda, también se destaca que *con frecuencia el maltrato a las personas mayores no es solamente de tipo físico*. A este respecto, el Plan propone como objetivos la eliminación de todas las formas de negligencia, maltrato o violencia dirigidas a las personas mayores y la creación de servicios de apoyo que traten este problema.

El MIPAA define tres direcciones prioritarias: *personas mayores y desarrollo, mejorar la salud y bienestar en las personas mayores y asegurar entornos de ayuda y apoyo*. Cada una de estas direcciones tiene grandes implicaciones en el necesario esfuerzo global para combatir el maltrato a las personas mayores. Más concretamente, el MIPAA recomienda un mayor énfasis en la prevención y manejo del maltrato a los mayores mediante la adopción de enfoques multisectoriales, interdisciplinarios, basados en la comunidad para eliminar todas las formas de negligencia, maltrato y violencia. Además, el MIPAA declara la urgente necesidad mundial de ampliar las posibilidades de formación en el campo de la Geriátrica y Gerontología a todos los profesionales de la salud que trabajan con personas mayores y ampliar los programas educativos sobre salud en personas mayores a los profesionales del sector de los servicios sociales. Los cuidadores informales también necesitan obtener información y formación básica en cuidados a personas mayores. Esto se complementa con el estímulo de los profesionales de la salud y servicios sociales a informar sobre posibles maltratos a personas mayores así como exigiendo a estos profesionales que informen sobre la protección y apoyo que pueden recibir estas personas que posiblemente son objeto de maltrato.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la necesidad de establecer una estrategia global para prevenir el maltrato a personas mayores. La Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida (ALC) de la OMS ha trabajado en el campo del maltrato a los mayores desde principios del año 2000. En 2002 se publicaron los resultados de un estudio multicéntrico realizado en los dos años anteriores y dirigido por la ALC en colaboración con la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA), HelpAge International (HAI) y colaboradores de instituciones académicas de diversos países así como varias ONG representando organizaciones de base. El estudio se centró en el punto de vista y las opiniones de las personas mayores y de trabajadores de Atención Primaria sobre el maltrato a los mayores a través de grupos focales desarrollados en ocho países (Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenia, Libano y Suecia). La publicación resultante, "Voces Ausentes", "*Missing Voices – Views of Older Persons on Elder Abuse*", se consideró un hito en el tema y ha llevado al desarrollo de posteriores investigaciones. En noviembre de 2002 la OMS presentó, junto con INPEA y colaboradores académicos, la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores, en la conferencia celebrada en Ontario sobre maltrato a personas mayores. Esta declaración es una llamada a la acción para prevenir el maltrato a las personas mayores en todo el mundo.

A lo largo de los años, el Centro Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra (CIG-UNIGE) y la Policlínica de Geriátrica de Hospitales Universitarios de Ginebra (POLIGER-HUG) han llevado a cabo trabajos muy importantes de investigación multisectorial sobre maltrato a personas mayores, como el desarrollo de herramientas de cribado y cursos de formación para trabajadores sociales y sanitarios. Este trabajo fundamental se ha realizado en asociación con la red en internet "Envejecer en libertad" (RIFVEL) para el intercambio de información entre comunidades de habla francesa y en estrecha colaboración con organizaciones de base locales. Por otra parte, en 2002 la POLIGER organizó en colaboración con el CIG y diversas otras instituciones el coloquio internacional HEAT-WAVE 2004 (*OLA DE CALOR 2004*). Especialistas de distintos campos debatieron y presentaron sus opiniones, interpretaciones y recomendaciones sobre este tema para crear un plan sencillo contra futuras olas de calor y obtener una lección del verano de 2003, en el que aproximadamente 40.000 personas mayores fallecieron en Europa por negligencia o atención inadecuada.

Es necesario mejorar la cooperación entre los sistemas de salud pública, social, médica y legal existentes, ya que dependen unos de otros para prevenir, detectar y reducir el maltrato a las personas mayores. Como respuesta, se inició en enero de 2004 el proyecto de colaboración de la OMS-CIG *Respuesta global al maltrato de las personas mayores, incluyendo la negligencia. Capacitación de los servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial*.

3.3. Maltrato y negligencia hacia personas mayores y el papel de los profesionales de Atención Primaria

Desde la aparición en 1975 del término *“granny battering”* (9) (*“abuelitas golpeadas”*), los médicos han tardado en general en reaccionar ante el problema del maltrato y negligencia hacia las personas mayores. A la escasa investigación en esta área se ha añadido la escasa concienciación sobre el tema entre los profesionales de Atención Primaria. La investigación para analizar la violencia interpersonal en la adolescencia, adultos jóvenes y mujeres está mucho más avanzada que la relativa al maltrato y negligencia hacia las personas mayores y han sido reconocidos como problemas que requieren atención durante un mayor período de tiempo.

Las percepciones están cambiando –según se refleja en los resultados de estudios realizados por muchos países– (10). Comienza a reconocerse el maltrato a las personas mayores como un serio problema social y de salud. La incidencia y gravedad del maltrato a personas mayores tenderá a aumentar de manera importante en las próximas décadas, a medida que la población envejezca, cambien las responsabilidades y relaciones en los cuidados y aumente el número de personas mayores que requiera cuidados prolongados.

El Consejo de Investigación Nacional de EEUU (11) reconoció la necesidad de realizar las investigaciones necesarias para mejorar y desarrollar nuevos métodos de detección de posible maltrato a personas mayores en diversos ámbitos clínicos. Además, recomienda firmemente hacer estudios sistemáticos sobre la tasa con la que se informa de estos casos y de sus efectos.

Pese a que la respuesta global en el ámbito sanitario es clave en el enfoque coordinado para toda la comunidad respecto a la violencia doméstica, los médicos informan sólo del 2 % de todos los casos comunicados de maltrato a personas mayores, en comparación con los referidos por familiares (20 %), hospitales (17,3 %) y servicios de ayuda a domicilio (9,6 %) (12). Aunque en algunos hospitales se detecta el maltrato a personas mayores, sólo unos pocos disponen de protocolos apropiados y de normas de seguimiento para hacer frente al problema (13).

Es fundamental asumir la importancia de realizar una mayor y más precisa vigilancia médica y social, así como de la puesta en práctica de instrumentos de cribado que faciliten su detección y sus efectos sobre las tasas de maltrato a personas mayores. No hay duda de que los ámbitos sanitarios son particularmente importantes. Por ejemplo, en EEUU cada año aproximadamente el 85 % de las personas de 65 y más años acuden a consultas externas y el 16-20 % son hospitalizadas (14). Por tanto, los médicos deben ser capaces de reconocer factores de riesgo y aplicar técnicas diagnósticas dirigidas específicamente a la detección del maltrato a personas mayores. No obstante, muchos médicos y otros profesionales de Atención Primaria no están todavía familiarizados con las definiciones, epidemiología y estrategias de diagnóstico e intervención relacionadas con el maltrato a personas mayores, ya que no suele ser un problema que pueda ser evaluado rápidamente. Sin embargo, las personas mayores víctimas de maltrato suelen emplear la Sala de Urgencias y los Centros Ambulatorios, así como las consultas de los médicos de Atención Primaria. Asimismo, el centro de Atención Primaria, pese a no ser el lugar ideal para hacer una valoración que requiera tiempo, debido a su intensa actividad, puede ser para las víctimas la única esperanza de detección y protección. En cualquier ámbito, el médico que está en contacto con la posible víctima necesita manejar las prácticas adecuadas de evaluación.

La profesión médica está comenzando a dirigir su atención a investigar, detectar y prevenir el maltrato a las personas mayores. Debido a que los médicos están en una situación excepcional para detectar de primera mano el maltrato y negligencia hacia personas mayores, tienen una responsabilidad especial en promover mayor conocimiento y actuaciones eficaces para este problema. No obstante, los médicos no pueden abordar solos el maltrato a perso-

(9) Véase Baker, 1975.

(10) PubMed, por ejemplo, recibió 1.111 consultas para el término “maltrato a personas mayores” en febrero de 2006.

(11) Consejo de Investigación Nacional, 2003.

(12) Véase Rosenblatt, 1996.

(13) Véase, por ejemplo, Ahmad y Lachs, 2002, y Lachs, 2004.

(14) Consejo de Investigación Nacional, 2003.

nas mayores. Es necesario mejorar la cooperación entre los sistemas de salud pública, sociales, médicos y legales existentes, ya que dependen unos de otros para detectar, valorar y reducir la incidencia de maltrato. Esto es particularmente cierto debido a que muchos episodios de maltrato a personas mayores parecen suceder en ancianos frágiles, que con frecuencia tienen menos probabilidad de participar en encuestas que pueden ser difíciles de localizar debido al aislamiento social. A veces la consulta médica es la única interacción habitual que las personas mayores poseen fuera de su domicilio.

3.4. Cómo detectar maltrato a personas mayores en el ámbito de Atención Primaria

Muchos aspectos del maltrato a personas mayores podrían ser perfectamente objeto de detección sanitaria tradicional, por ejemplo, porque es prevalente, causa morbilidad y mortalidad, y parece que con frecuencia es ocultada durante la consulta. Pero comparado con otras enfermedades y situaciones, la detección del maltrato a personas mayores es problemática, ya que puede que algunos pacientes no deseen ser vistos como posibles víctimas de maltrato. Además, los "verdaderos positivos" no se definen bien mediante análisis de sangre o criterios establecidos, como sucede en otras situaciones o enfermedades.

Se han desarrollado y probado diversas herramientas de cribado y detección de maltrato a personas mayores. No obstante, apenas han sido debidamente validadas para su empleo más generalizado. La gran variedad de herramientas indica la necesidad de desarrollar, mediante investigación conjunta, una herramienta fiable y sencilla que pueda ser adaptada y empleada en diferentes ámbitos geográficos y culturales. Esto ayudará a potenciar la comprensión total del problema y sus múltiples dimensiones.

Las herramientas de cribado pueden tener diversas limitaciones. Por ejemplo, algunas de ellas están desarrolladas para propósitos de investigación, tienen poca eficacia en ámbitos clínicos, sus índices de sensibilidad y especificidad no están del todo estudiados o los médicos no los emplean porque son demasiado extensos, su vocabulario no es adecuado o están diseñados para su empleo en el domicilio. Los requerimientos para una herramienta de detección son por tanto elevados: debe ser práctica, fácil y rápida de realizar, con una redacción apropiada y clara que se adapte a los diferentes contextos y debe mostrar un alto índice de sensibilidad.

Sin embargo, las herramientas de cribado no son suficientes por sí solas. Para que los profesionales puedan emplearlas, necesitan conocer el problema y sus consecuencias y tener acceso a estrategias para intervenir y alcanzar resultados positivos en las personas. Entre los obstáculos que deben superar los médicos para detectar maltrato a personas mayores está la falta de conciencia sobre el problema, el insuficiente conocimiento sobre cómo identificar o hacer un seguimiento de un posible caso de maltrato, aspectos éticos, falta de tiempo y el hecho de que el paciente pueda ser reacio a informar a los médicos. Es por tanto crucial no sólo aumentar la conciencia entre los profesionales de Atención Primaria sino también ofrecer suficiente formación y estrategias de actuación para permitirles reaccionar de manera apropiada cuando una persona está en riesgo de ser víctima de maltrato o negligencia. Pero sobre todo necesitan la confianza para superar las verdaderas barreras que impiden la detección y actuación.

4. EL PROYECTO

4.1. Propósitos y objetivos

Basados en las estrategias recomendadas que se indican en el estudio "Voces Ausentes", los objetivos del programa de la OMS-CIG fueron:

- 1) Desarrollar y validar un instrumento fiable aplicable en diferentes contextos geográficos y culturales para aumentar la conciencia entre los profesionales de Atención Primaria acerca del problema del maltrato y negligencia hacia personas mayores.

- 2) Capacitar a los trabajadores de Atención Primaria para el abordaje del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores a través de la educación basada en la evidencia para el desarrollo de estrategias de prevención.

Tras el inicio del proyecto en enero de 2004, se llevó a cabo una reunión entre los coordinadores del proyecto, el comité directivo científico y miembros de organizaciones afiliadas. Se hicieron las siguientes recomendaciones para el estudio:

Aunque el maltrato a las personas mayores es un fenómeno universal que sucede de forma similar con independencia de su contexto geográfico y socioeconómico, *las respuestas adecuadas para afrontar estas situaciones pueden variar*, dependiendo, por ejemplo, de las creencias y valores locales, de la disponibilidad de recursos y de los marcos legales. Sin embargo, aunque las raíces del maltrato pueden ser muy diferentes entre las sociedades, las normas culturales no deben servir de excusa para que se produzca el maltrato o para que éste sea ignorado.

Al utilizar un instrumento para detectar posibles casos de maltrato, es crucial tener en marcha *mecanismos de respuesta básicos*, de lo contrario, muchos profesionales de Atención Primaria seguirán reacios a afrontar el problema. También deben desarrollarse módulos estandarizados de formación que se centren en la detección, prevención y manejo del maltrato a personas mayores, teniendo en cuenta modelos ya existentes.

No existe la "herramienta perfecta". En base a la experiencia profesional de la persona elige un enfoque u otro. Se necesita lograr un equilibrio entre una herramienta sencilla y científicamente validada, que al mismo tiempo pueda ser empleada por un amplio conjunto de profesionales de Atención Primaria, pero que sea también comprensible para las personas mayores. La sencillez es clave para asegurar con éxito que la herramienta será empleada por profesionales de Atención Primaria. Se realizó una comparación útil para detectar alcoholismo (por ejemplo, la herramienta CAGE con cuatro preguntas) (15). El objetivo final debe ser *mentalizar a los profesionales sanitarios y aumentar su concienciación sobre el maltrato a personas mayores y sobre la posibilidad de que pueda ocurrir*.

Las consultas del médico de Atención Primaria y los centros de Atención Primaria parecen ser los mejores lugares para detectar maltrato a personas mayores dentro de este plan de investigación. Entre los profesionales de Atención Primaria *el médico está en la mejor posición para detectar este tipo de maltrato*, ya que suele ser el primer contacto de la persona mayor. La dificultad surge al añadir una nueva carga a la agenda ya repleta del médico. Las enfermeras pueden ser una buena opción, puesto que suelen tener, dependiendo del centro, contacto regular con los pacientes.

En consecuencia, se decidió que la mejor opción sería adoptar el *Índice de Sospecha de Maltrato en Personas Mayores* que ha sido desarrollado y probado en Canadá, y a través de debates de grupos focales ajustarlo a los factores culturales y lingüísticos de los ocho países participantes.

4.2. El Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores

El *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* (EASI) es un instrumento desarrollado y probado en Montreal por un equipo de investigación de la Universidad McGill, St. Mary's Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de René Cassin y Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, con fondos de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud. El EASI consiste en unas pocas preguntas con *copyright*, breves y directas (cinco preguntas para la persona mayor y una para el médico), que se realizan en el transcurso de cualquier encuentro paciente-médico en la consulta y que se formulan en un lenguaje cordial por parte del médico. Es fácilmente aplicable a personas mayores (65 y más años) sin problemas cognitivos. El EASI se diseñó no necesariamente para "detectar casos" sino para aumentar la sospecha de que existe maltrato a personas mayores con el objetivo de poder referirlos a expertos comunitarios en maltrato a personas mayores, como los trabajadores sociales. Un segundo propósito fue ayudar a los médicos de Atención Primaria a familiarizarse con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema. Aunque el EASI no puede garanti-

(15) Véase Ewing, 1984.

zar la detección de abuso o maltrato a personas mayores, su aplicación ya indica que el médico es consciente del problema y por tanto refiere posibles casos a los servicios sociales y comunitarios.

El estilo de las preguntas EASI y su aplicación se encuentran en las líneas de recomendaciones de la literatura científica. Conviene realizar a las personas mayores preguntas explícitas, centradas en el comportamiento, orientadas contextualmente en informes previos, y realizar una valoración simultánea acerca de agresiones por desconocidos y maltrato por parte de familiares/cuidadores. Además, hay diversas ventajas en la entrevista personal: permite la valoración visual tanto del aspecto físico de la persona como de sus reacciones a las preguntas. Las entrevistas también permiten ofrecer señales de apoyo no verbales. Finalmente, la validez del diagnóstico clínico basado en entrevistas personales es mayor que con otros métodos, como encuestas telefónicas, simplemente porque los entrevistadores personales disponen de mayores vías de datos convergentes (o divergentes) (16).

Comparado con otras herramientas de detección de maltrato a personas mayores, por ejemplo, el H-S/EAST (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*) (17) con 15 ítems originalmente, el EASI consta de menos preguntas y requiere menos tiempo de realización (dos minutos de media). Además, de los 104 médicos que participaron en el estudio de Montreal, el 95,8 % valoraron las preguntas como "muy fácil" a "algo fácil" y el 70,5 % consideraron que las preguntas tenían bastante o mucho efecto en el abordaje del maltrato a personas mayores (18).

En el estudio de Montreal se compararon los resultados del EASI con el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (*Social Work Evaluation Form, SWEF*) (19) para validar la herramienta. Este formulario es una valoración estandarizada de trabajo social para evaluar en mayor profundidad personas mayores en riesgo de sufrir maltrato. Comprende 67 preguntas y lleva una media de 66 minutos realizarlo. La pregunta 59 era la pregunta "patrón oro de diagnóstico" para comparar y validar los resultados del EASI (20). Durante las tres semanas siguientes a la realización del EASI por parte de los médicos, los trabajadores sociales que participaron en el estudio aplicaron el formulario de evaluación a los mayores. La entrevista se realizó en el domicilio de la persona mayor o en un lugar seguro para hablar, acordado por ambas partes. La correlación entre el EASI y el SWEF alcanzó un índice de sensibilidad de 0,44 y un índice de especificidad de 0,77 (21,22).

Los hallazgos de este estudio en Montreal proporcionan un excelente trabajo preliminar sobre el que realizar futuras investigaciones. No obstante, el proyecto original EASI se centró obviamente en las reacciones de médicos de Atención Primaria y personas mayores en el contexto de una sociedad urbana occidental. El propósito del proyecto de la OMS-CIG era explorar las reacciones de grupos similares en otros contextos culturales y probar un conjunto de preguntas en diferentes ámbitos geográficos de todo el mundo. Por tanto, los participantes de los grupos focales en los ocho países comentaron las preguntas empleadas por los investigadores de Montreal que finalmente llevaron al desarrollo del EASI (23). Supuso un paso en el proceso de observación de la validez del EASI en diferentes contextos culturales y geográficos y en la valoración de su aceptación y utilidad en médicos y personas mayores fuera de Canadá.

(16) Véase también Acierno, 2003.

(17) Véase, por ejemplo, http://www.elderabusecenter.org/print_page.cfm?p=riskassessment.cfm

(18) Véase Yaffe *et al.*

(19) Este formulario fue también desarrollado por el Instituto René Cassin.

(20) El SWEF puede verse en el Anexo 2.

(21) Véase Yaffe *et al.*

(22) El índice de sensibilidad indica la proporción de personas con el trastorno diana que obtienen un resultado positivo en el test. Se emplea para ayudar a valorar y seleccionar un test/señal/sintoma diagnóstico. El índice de especificidad es su equivalente para los tests negativos e indica la proporción de personas sin el trastorno diana que obtienen un resultado negativo en el test.

(23) En el estudio del grupo focal de la OMS-CIG se emplearon materiales del proyecto EASI de Montreal según un memorándum de colaboración entre los investigadores y la OMS-CIG. Las preguntas que se emplearon en los grupos focales de la OMS-CIG se basan en el protocolo original del grupo focal EASI (Anexo 1), pero se varió el orden de las preguntas y algunas de ellas fueron divididas.

4.3. Diseño y metodología de la investigación

Con el objetivo de obtener información sobre aspectos específicos que pueden variar de un ámbito geográfico a otro, se seleccionaron grupos focales con el objetivo de explorar creencias, actitudes y comportamientos en un grupo diana. Además, las personas suelen sentirse cómodas en un debate de un grupo focal porque es una forma de comunicación natural en la mayoría de los países (24).

Se solicitó a los participantes que expresaran sus opiniones respecto a si las preguntas propuestas eran apropiadas, importantes y comprensibles. Con estos datos pueden desarrollarse o adaptarse a los ámbitos locales los módulos de formación, métodos de identificación y estrategias de actuación.

Mediante enlaces profesionales de la OMS se contactó con los ocho países participantes (Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia, Singapur y Suiza) y fueron identificados según los siguientes parámetros:

- Posibilidad de colaboración con un coordinador local y un grupo local/responsable de un grupo de trabajo.
- Los países participantes deberían abarcar un amplio abanico de zonas. En este caso se incluyó África (1), Sudamérica (2), América Central (1), Europa (2), sudeste asiático (1) y zona del Pacífico occidental (1).
- Deberían ponerse en marcha mecanismos de seguimiento para informar sobre apoyo local y redes de servicios en el caso de que hubiera una fase de pilotaje en ámbitos clínicos tras la investigación cualitativa.

El diseño de la investigación incluyó la dirección de siete grupos focales en cada país para probar la batería de doce preguntas que dieron como resultado el EASI. Los grupos fueron divididos en:

- 1) Tres grupos de personas mayores, que posteriormente fueron disgregados en un grupo sólo de mujeres mayores, un grupo sólo de hombres mayores y un grupo mixto de mujeres y hombres mayores.
- 2) Cuatro grupos de profesionales de Atención Primaria.

En cada grupo participaron entre seis a nueve personas. Las sesiones de dos horas de cada grupo focal fueron grabadas, transcritas y analizadas y los hallazgos de cada país se resumieron en un informe.

Además, se organizaron grupos de trabajo para comprobar la reacción general de los trabajadores sociales respecto al concepto del *Formulario de Evaluación de Trabajo Social* (SWEF), pero también para recoger información general sobre maltrato a personas mayores, como valoración local y estrategias de actuación, así como categorías concretas culturales referidas a maltrato a personas mayores.

En un segundo grupo de trabajo se trató de ver en las reacciones de los profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales el grado de utilidad que debía otorgarse a las recomendaciones de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) respecto a maltrato y negligencia (25). Este manual podría emplearse como estrategias de seguimiento y actuación para los profesionales de Atención Primaria con respecto al tema del maltrato y negligencia hacia las personas mayores. Los comentarios y reacciones recogidos en estos dos grupos de trabajo fueron también resumidos en los informes de los países.

Los coordinadores del proyecto de la OMS-CIG ofrecieron toda la información y documentos necesarios para la realización de los grupos focales y grupos de trabajo, incluyendo esquemas de las sesiones y formularios administrativos. Se ofreció a los participantes refrigerios o una comida, el reembolso de sus pasajes e información material. No se incluyeron otros tipos de remuneración.

En resumen, las actividades de cada país participante incluyeron:

(24) Véase, por ejemplo, Hudelson, 1994.

(25) Estas recomendaciones son extraídas del documento de la OPS "Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores" (2002), y que puede verse en el Anexo 3.

1. Cuatro grupos focales con médicos de Atención Primaria:

- Exponer a los médicos de Atención Primaria la batería de doce preguntas (breve presentación).
- “Pilotaje” de los médicos de Atención Primaria de la batería de preguntas con una muestra pequeña (15-20 pacientes) para que se familiarizaran con la herramienta (donde fue posible) (26).
- Debates del grupo focal con los médicos de Atención Primaria acerca de experiencias, percepciones y sugerencias tras la realización de las preguntas (27).
- Informe.

2. Tres grupos focales con personas mayores:

- Exponer a las personas mayores la batería de doce preguntas (breve presentación).
- Debates del grupo focal con las personas mayores acerca de sugerencias y opiniones sobre las doce preguntas.
- Informe.

3. Grupo de trabajo con trabajadores sociales:

- Presentación del SWEF a los trabajadores sociales.
- Taller de trabajo con trabajadores sociales para buscar su punto de vista y opiniones sobre el grado de aplicabilidad del formulario de evaluación en la realidad del país.
- Informe.

4. Grupo de trabajo mixto sobre el manual de la OPS:

- Presentación del modelo de formación de la OPS a médicos de Atención Primaria y trabajadores sociales.
- Debate del grupo focal siguiendo un formato de grupo de trabajo que figura en el manual.
- Informe.

Debido a que el maltrato a las personas mayores es un fenómeno universal, el objetivo del proyecto era no hacer ninguna discriminación social, ética o por sexo. No obstante, algunos criterios de exclusión están justificados con el propósito de proteger a los participantes y en beneficio general del estudio. Por ello se excluyeron a las personas mayores con deterioro cognitivo. En algunos países fue difícil hallar médicos de Atención Primaria o médicos que actuaran en primera línea que quisieran participar en los debates del grupo focal. En este caso, fueron sustituidos por enfermeras, odontólogos y geriatras. En algunos lugares (Singapur) se disminuyó el límite de edad de las personas mayores (65 y más años) participantes en los grupos focales, según la definición en el país de “persona mayor”. En Brasil, estar alfabetizado fue otro criterio de inclusión en el debate del grupo focal realizado con personas mayores.

El propósito de los debates del grupo focal fue buscar las opiniones de los participantes sobre cada una de las doce cuestiones preguntando:

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?

(26) Debido al horario muy ajustado del proyecto, la muestra previa sólo pudo realizarse en Chile y España.

(27) Similar a las líneas del trabajo realizado en Montreal.

- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Además, los participantes tuvieron que elegir al final de la sesión las cinco preguntas más adecuadas que debían incluirse en la herramienta final.

Los coordinadores del proyecto identificaron un coordinador local en cada país participante, que estaba en contacto directo o de forma regular con Ginebra. Este coordinador designó un responsable local con formación en metodología de investigación cualitativa para organizar y dirigir los grupos focales y grupos de trabajo, ofrecer información básica importante, analizar los datos y preparar el informe final del país basado en las sesiones del grupo focal y grupo de trabajo. Estos informes nacionales se tradujeron al inglés si estaban escritos en otro idioma. Posteriormente fueron revisados y estudiados para conocer las opiniones sobre las preguntas y descubrir las cuestiones o respuestas que surgen, importantes para identificar maltrato hacia las personas mayores. De estos debates surgieron las siguientes opiniones sobre las preguntas, con el objetivo de adaptar el instrumento y hacerlo compatible para su desarrollo en los ocho países participantes (28).

5. HALLAZGOS Y DEBATE

5.1. Grupos focales con personas mayores

En algunos países las personas mayores no entendieron claramente el propósito de los debates del grupo focal y la idea de comentar o debatir acerca de las preguntas (Chile, Kenia). Estos grupos hablaron sobre sus experiencias en relación con cada pregunta en vez de debatir sobre su contenido y elegir las cinco preguntas más adecuadas (29). Los grupos en España debatieron sobre un grupo diferente de preguntas y no se incluyen por tanto en la siguiente Tabla. En España en la mayoría de los grupos focales realizados se utilizó el EASI original de cinco preguntas elaborado en Montreal ya que se consideró más adecuado para su aplicación a la población mayor española que la versión de 12 ítems propuesta por la OMS (30).

En los debates con personas mayores surgieron diversas cuestiones generales:

- La dependencia de las personas mayores frágiles hacia los cuidadores podría influir en sus respuestas. Es por tanto fundamental *hacer estas preguntas en privado*.
- La presión del tiempo sobre el médico de Atención Primaria y el coste para el paciente harían que resultara más útil *un cuestionario más breve*. La falta de formación fue también motivo de preocupación.
- En varios debates se habló de la necesidad de que los médicos tuvieran *estrategias de seguimiento* cuando éstos identifican a una persona en riesgo de sufrir maltrato.

Las cinco preguntas escogidas por las personas mayores en los diferentes lugares fueron la número 4, 5, 6, 8 y 11 (en función del número de respuestas):

(28) En el Anexo 4 puede verse un resumen del informe de cada país.

(29) En el Anexo 1 puede verse el protocolo del grupo focal incluyendo el conjunto de doce preguntas.

(30) Véase también en el Anexo 4 *Resumen del informe de España*. Los comentarios que también son aplicables al conjunto de doce preguntas se incluyen en este capítulo (3. *Hallazgos y debate*).

Tabla 1. LAS CINCO PREGUNTAS PREFERIDAS POR LAS PERSONAS MAYORES (31)

Pregunta/ País	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Australia				X	X	X		X			X	
Brasil			X	X	X	X	X					
Chile (sin respuestas)												
Costa Rica	X		X	X	X				X			
Kenia (sin respuestas)												
Singapur	X			X	X	X		X			X	
Suiza				X	X	X		X			X	

Las formulaciones de las preguntas parecieron un tanto forzadas y a veces demasiado “clínicas”. El término “impedido” no parece ser una palabra apropiada para emplear. Se sugirió que “privado de” (Singapur) (32) o “negado” (España) serían mejores opciones. Otras expresiones, como *necesidades básicas diarias* (Australia, Brasil, Singapur), *espacio vital adecuado* (Costa Rica) o *impidió moverse con libertad* (Australia) parecieron no ser comprensibles. Podrían omitirse los términos *dispositivos de ayuda* o *audifonos* (Costa Rica, Singapur). Algunas de las preguntas incorporan demasiadas ideas y son excesivamente largas (por ejemplo, la número 4). Otras preguntas eran demasiado generales (pregunta 10) y podrían hacerse mejor con ejemplos concretos. Con el objetivo de hacer las preguntas simples y llanas, debería abordarse sólo una idea en cada cuestión. Por ejemplo, la pregunta 6 se refiere a tres situaciones diferentes: 1) se aprovechaban de usted; 2) le impedían realizar cosas, y 3) le ponían obstáculos para estar con las personas con las que quiere estar.

En general se estimó que las preguntas eran completas y cubrían todas las áreas del maltrato hacia las personas mayores. Sin embargo, algunas formas de maltrato, como el maltrato emocional, negligencia (Singapur), privación de comida y la carga del cuidado de los niños, se consideraron cuestiones importantes que no se abordaban de manera específica. Un asunto también mencionado fue el del maltrato social, en la forma de “edadismo”. Con frecuencia los participantes expresaron su preocupación por los cambios sutiles y a veces no tan sutiles en la manera en que las personas mayores son percibidas por la sociedad como “con menos valor que otra persona” a medida que envejecen, lo cual constituye maltrato.

Las preguntas 2 y 3, al abordar la cuestión de solicitar ayuda y de la dependencia, son buenas preguntas pero para la mayoría de las personas mayores resultaría difícil admitir que necesitan ayuda o que dependen de alguien.

Se señaló que en la actualidad es menos probable que las personas mayores mantengan una relación constante y cercana con un médico que conocen. No obstante, en algunas preguntas (por ejemplo, la 12) se requiere una relación de confianza entre el paciente y el médico, y depende de la habilidad del médico para formular las preguntas de un modo delicado que estimule la confianza de la persona en él.

Hay otras preguntas que no pueden realizarse en todos los contextos culturales. El comentario generalizado fue que la pregunta sobre abuso sexual (pregunta 12) resultaría muy polémica y que no debería preguntarse a todas las personas. En Kenia, el tema del sexo se considera demasiado delicado para ser hablado con una persona extraña o incluso con un médico conocido por la persona. Se sugirió no formular esta pregunta si ya hay cierta sospecha de abuso sexual.

(31) En algunos países se eligieron seis preguntas, bien porque se consideraron dos o tres preguntas igual de importantes o porque los participantes estimaron necesario conservar seis preguntas en vez de cinco.

(32) En los paréntesis se indica qué grupos de los países pretendían hacer o hicieron un comentario concreto. Véase también la lista de abreviaturas en la página 7.

Dependiendo del ámbito geográfico, se dio más importancia y énfasis a ciertas preguntas. La pregunta sobre **alcoholismo** se consideró mucho más importante en Costa Rica y Kenia que en otros países. También se sugirió incluir en esta pregunta el consumo de drogas. Los participantes del grupo focal de Brasil estimaron que la pregunta 7, relativa al riesgo de abuso económico, era una de las más importantes. También en Kenia se identificó la **dependencia económica** como un importante factor de riesgo, ya que prácticamente todos los hogares dependen del apoyo económico de los padres mayores para la comida, ropa, recibos y atención médica. Sin embargo, en el resto de países se consideró menos importante esta cuestión. La **carga del cuidado de los niños** en las personas mayores parece suponer una gran preocupación en Kenia, lo cual no se abordaba directamente en las preguntas. El grupo brasileño de hombres y mujeres mayores opinaron que los médicos no deberían preocuparse por la idea de que “alguien se aproveche de otro”, ya que es algo cotidiano y a lo que están acostumbrados en Brasil.

5.2. Grupos focales con profesionales de Atención Primaria

La organización de los grupos focales con médicos provocó dificultades, ya que sólo unos pocos (Australia, Kenia, Singapur) o ninguno (Chile) querían participar. En algunos países fueron en parte sustituidos por enfermeras (Australia, Chile) u odontólogos (Kenia).

A lo largo de los debates se realizaron algunos comentarios generales:

- El término “**maltrato hacia personas mayores**” tiene una **connotación negativa** y provoca tanto miedo como ansiedad incluso entre los profesionales sanitarios que habría que buscar otras formas para hablar de ello.
- Es fundamental **determinar si hay o no deterioro cognitivo en la persona mayor** antes de realizarle ese tipo de preguntas (ya que no puede emplearse el cuestionario si el paciente presenta deterioro cognitivo).
- **Las preguntas no deberían realizarse en presencia del posible responsable de los malos tratos** (por ejemplo, un cuidador).
- **Todas estas preguntas deberían formularse más como un diálogo** que como un cuestionario o una lista de referencia. Puede que los médicos no dispongan de tiempo suficiente para hacer las preguntas. En algunas situaciones, como alternativa, **las enfermeras podrían realizar el cuestionario**.
- La formulación de las preguntas requeriría un **examen físico** como parte de la exploración.
- Al realizar el cuestionario, **los profesionales de Atención Primaria deben conocer los diversos tipos de maltrato hacia personas mayores y las estrategias de seguimiento y de actuación**.
- ¿Cómo debe reaccionar un profesional de Atención Primaria si hay una sospecha fundada de maltrato pero la posible víctima no desea denunciar al causante o ser referida para **posteriores actuaciones**?

Las cinco preguntas escogidas por los profesionales de Atención Primaria en los diferentes ámbitos fueron la número 4, 8, 5, 11 y 12:

Tabla 2. LAS CINCO PREGUNTAS PREFERIDAS POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Pregunta/ País	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Australia				X		X		X	X		X	X
Brasil				X	X	X		X			X	X
Chile				X	X			X	X		X	
Costa Rica				X	X			X			X	X
España (33)			X	X	X			X			X	
Kenia	X			X	X			X				X
Singapur			X	X	X			X			X	
Suiza				X	X	X		X			X	

En conjunto, **las preguntas se consideran útiles** puesto que es un instrumento más breve que otras herramientas y ayuda a aumentar la conciencia. Además, se cubren todas las áreas clave del maltrato hacia las personas mayores. La soledad, dependencia hacia los demás para las actividades básicas, ser maltratado, ser vulnerable en manos de alguien con poder, ser objeto de aprovechamiento, cargar con responsabilidad económica y ser cuidadores en su situación de fragilidad, son hoy día cuestiones clave que abordan estas preguntas. No obstante, para emplearlas eficazmente **se recomendó abreviar el cuestionario y simplificar su redacción.**

Las preguntas parecieron excesivamente formales y complejas. Hay diversos términos demasiado difíciles de aplicar, como *espacio vital adecuado* (Australia, Brasil, Chile, Singapur), *libertad para moverse* (Brasil), *propuestas no deseadas* (Brasil), *dispositivos de ayuda* (Chile), *necesidades básicas diarias* (Australia, Brasil, España, Singapur) y *ser objeto de aprovechamiento* (Singapur). Otras expresiones no son lo suficientemente concretas, como *elementos necesarios* (Australia).

Algunas preguntas deberían dividirse, ya que contienen diferentes conceptos que no están relacionados entre sí. Por ejemplo, la pregunta 4 se refiere a necesidades básicas e instrumentales en una misma pregunta. La número 5 pregunta acerca de diferentes emociones ("triste, avergonzado, temeroso, ansioso o infeliz") en una frase. En la pregunta 8 se abordan dos cuestiones distintas: 1) mal uso del dinero, y 2) haber sido forzado a firmar documentos. Otras cuestiones podrían combinarse, como la pregunta 2 y 3, o la pregunta 11 y 12.

Algunos términos son **difíciles de traducir** a otros idiomas, por ejemplo, no hay un equivalente de "dependiente" (pregunta 3) en idioma mandarín. En general supuso un reto traducir algunas de las expresiones al brasileño o todas las preguntas al malayo (bahasa melayu) o chino y sus dialectos (34).

En los comentarios generales sobre las preguntas en su conjunto, se sugirió que la segunda parte de la pregunta podría omitirse (esto es, "*¿Se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?*") (Australia, Brasil, España, Singapur). Sin embargo, es importante hacerse una idea de si se trata de un incidente aislado o si forma parte de un comportamiento existente y/o prolongado, incluso al detectar sospecha de maltrato. Además, **no está claro el marco temporal**: ¿debe centrarse principalmente en situaciones recientes o en sucesos que tuvieron lugar varios o muchos años antes o incluso a lo largo de la vida? También se sugirió añadir una parte en la que se pregunte sobre la relación con el responsable de los malos tratos (Costa Rica, España).

(33) Sólo dos grupos en España debatieron acerca de la batería de doce preguntas. El resto analizaron el EASI original (véase también el *Resumen del informe de España* en el Anexo 4).

(34) Para los grupos en Singapur las preguntas se tradujeron al mandarín, debido a que la mayoría de los habitantes de Singapur son chinos y no hablan inglés, sino mandarín y sus dialectos.

De forma similar a los debates realizados con personas mayores, se mencionó que muchas personas mayores se sienten incómodas cuando solicitan ayuda, bien porque desean seguir siendo independientes o porque tienen miedo a ser rechazadas. Esto dificulta la identificación del maltrato, ya que **algunas personas pueden no contestar de forma completa a las preguntas** por miedo a represalias del responsable de los malos tratos. Es crucial que haya una relación de confianza entre el médico y el paciente, en la cual el médico tenga un conocimiento previo de la situación social o del domicilio, así como de las relaciones familiares, antes de realizar estas preguntas. Por otra parte, algunas de estas preguntas (por ejemplo, la número 12) requerirían realizar **diversas visitas** antes de ser formuladas (Australia, Singapur).

Aunque el **abuso sexual** a personas mayores es una categoría que debe incluirse, **puede ser perjudicial para el bienestar de la persona mayor si alguien no formado les pregunta sobre esta cuestión**. Además, había dudas sobre si una persona desearía contestar a algo tan directo y delicado (Costa Rica, España, Kenia). También se destacó el factor sexo: se mencionó que resultaría difícil en algunos países si un médico varón pregunta a una mujer mayor sobre este asunto (Singapur).

La idea de impedir a alguien hacer algo necesita aclararse más (pregunta 4), ya que a veces no se pueden cubrir las necesidades de las personas mayores por falta de medios y recursos económicos (Costa Rica, Singapur), o a veces son los acontecimientos de la vida o problemas de salud los que reducen las libertades y elecciones de las personas mayores, como el consejo de familiares o de médicos para que deje de conducir su coche (Australia). Por tanto, la privación de algo que se necesita no es necesariamente un maltrato, aunque esto depende de la definición de "necesidad". Además, debería especificarse más si la pregunta se refiere a una persona o a un conjunto abstracto, por ejemplo la comunidad (España).

La pregunta 11 se consideró ambigua, ya que no está claro si este elemento se refiere a **daño accidental** (como una caída o contusión al trasladar a alguien a una silla de ruedas o al baño) o **daño intencionado** (comportarse brusca o violentamente de forma intencionada).

Al igual que en los grupos con personas mayores, algunas preguntas se consideraron importantes según el contexto geográfico en el que eran formuladas. La pregunta 9 sobre **alcoholismo** polarizó a los participantes. Se otorgó más importancia a la pregunta en Australia, Chile y Costa Rica que en los demás países. Se podría añadir a esta cuestión **el consumo de drogas y las adicciones al juego** por parte de cuidadores y de miembros familiares (Australia). Sin embargo, se indicó que el consumo excesivo de alcohol no debería considerarse automáticamente un factor de riesgo de maltrato hacia personas mayores; pero podría estar implicado en el desarrollo y mantenimiento de situaciones abusivas y por tanto debería hacer aumentar las sospechas de la existencia de maltrato o de que éste haya sucedido.

Las cuestiones no abordadas en las preguntas fueron la **restricción de fármacos** (Australia), **ser amenazados con violencia física** (Australia), la **participación en la toma de decisiones** (Australia), el **abandono** (Costa Rica) y la **negligencia** (Singapur).

Sólo hubo algunos comentarios en relación al **orden** de las preguntas. En la mayoría de los casos se sugirió mantener el orden existente o invertirlo únicamente en las primeras preguntas.

5.3. Implicaciones de los resultados en la herramienta EASI

Los coordinadores nacionales presentaron los hallazgos del grupo focal en una reunión en la que se debatieron las recomendaciones y conclusiones. En la misma también participaron dos investigadores del equipo de Montreal.

En esta reunión se comparó la batería de doce preguntas con el EASI original (35) (cinco preguntas para la persona mayor y una para el médico). Basado en sus resultados del estudio sobre las doce preguntas, el grupo coincidió en que el EASI era una buena y sencilla herramienta que abarca todas las categorías importantes del maltrato.

(35) Véase las páginas 28 y 29.

Además su redacción es apropiada para los contextos culturales y geográficos fuera de Canadá. La pregunta 1 en el EASI es una forma de conocer si las personas mayores **necesitan ayuda**, y de presentar posibles **situaciones de riesgo**. La pregunta 2 indaga sobre la existencia de cualquier tipo de **privación**. La pregunta 3 abarca el **maltrato psicológico y verbal**. La pregunta 4 se refiere a **abuso económico**. La pregunta 5 aborda el **abuso físico y sexual**. La pregunta número 6a es **de observación** y la 6b es una pregunta sobre privacidad y honestidad que se realiza sólo con propósitos de investigación. Los hallazgos de los países del estudio de la OMS-CIG indican que en la mayoría de los debates del grupo focal se escogieron las mismas preguntas como las más adecuadas. Las siguientes preguntas corresponden unas con otras en las dos baterías de preguntas:

Pregunta 2 (EASI):

2. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?

y pregunta 4 (preguntas del grupo focal de la OMS-CGI): (36)

6. ¿Alguien le ha impedido tener acceso a elementos necesarios, como comida, medicinas, ropa, un espacio vital adecuado o dispositivos de ayuda como gafas, audífonos, etc.?

Pregunta 3 (EASI):

3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

y pregunta 5 (preguntas del grupo focal de la OMS-CGI):

7. ¿Alguien cercano a usted le ha gritado de forma injustificada, o le habló de forma que a usted no le gustó, o le ha hecho sentirse especialmente triste, avergonzado, temeroso, ansioso o infeliz de manera que esto le ha perturbado durante mucho tiempo?

Pregunta 4 (EASI):

4. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

y preguntas 6 y 8 (preguntas del grupo focal de la OMS-CGI):

6. ¿Ha sentido que alguien cercano se estaba aprovechando de usted, o le impedía hacer cosas importantes para su bienestar, o le ponía obstáculos para estar con las personas con las que quiere estar?
8. ¿Alguien de su confianza ha usado o tratado de usar su dinero, sus posesiones o sus bienes de una manera no deseada por usted, o le forzó a firmar documentos que usted no entendía o no quería firmar?

Pregunta 5 (EASI):

5. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?

y preguntas 11 y 12 (preguntas del grupo focal de la OMS-CGI):

11. ¿Alguien le ha herido físicamente, por ejemplo, le ha pegado, le ha empujado o le ha impedido moverse con libertad?
12. ¿Alguien le ha tocado de manera que a usted no le gustó, o le ha hecho propuestas sexuales no deseadas?

Al analizar las preguntas del EASI se hicieron algunos comentarios. Respecto a la pregunta 2 se mencionó que los tipos de privación dependen del contexto cultural y puede necesitar modificaciones. Se debatió además si debía

(36) Véase también el Anexo 1.

incluirse el término "triste" en la pregunta 3, pero el grupo del proyecto decidió que "triste" no es un estado de emoción necesariamente asociado a situaciones de maltrato. El aspecto de la "negligencia" no se abordaba adecuadamente en el cuestionario. También se sugirió eliminar la expresión "¿sucedió más de una vez?". Además, se recomendó hacer algunas pequeñas modificaciones en el EASI:

Paciente n.º.....

Médico n.º.....

Instrucciones a los pacientes:

Ahora voy a comenzar el estudio de investigación en el que usted ha aceptado tomar parte. *(Si hay una persona acompañándole, dígame: Debido a que los investigadores solicitan que esto se realice en privado, podría por favor dejarnos a solas durante un momento?). Si la persona acompañante no se marcha, formule las preguntas de todos modos pero informe de su presencia...* A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los últimos doce meses. Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un "sí" o un "no".

1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

- Sí No No contesta

2. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audifono o cuidado médico o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

4. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

5. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta
-

Médico: No haga la siguiente pregunta al paciente. Esta pregunta es para que la conteste únicamente usted.

6a. El maltrato hacia las personas mayores *podría* estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o *en los últimos 12 meses*?

- Sí No No está seguro

6b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

- Sí No

M.J. Yaffe, MD mark.yaffe@mcgill.ca

M. Lithwick, MSW mlithwick@ssss.gouv.qc.ca

C. Wolfson, PhD tinaw@epid.jgh.mcgill.ca

5.4. Grupo de trabajo con trabajadores sociales

Los participantes de los diferentes países parecen estar de acuerdo en que el maltrato hacia las personas mayores es una importante cuestión comunitaria con independencia del ámbito geográfico. También el “edadismo”, en forma de falta de respeto e indiferencia hacia las personas mayores, fue un tema destacado en prácticamente todos los grupos. Sin embargo, **en la mayoría de los casos los recursos y el apoyo de la comunidad son limitados**. El insuficiente compromiso gubernamental afecta a todos los países participantes, que se refleja en unas políticas públicas sanitarias, sociales y económicas que no cubren o protegen adecuadamente a las personas mayores (Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia).

Los participantes debatieron acerca de factores de riesgo específicamente culturales de maltrato hacia personas mayores y elaboraron las siguientes categorías:

- Miembros de la familia implicados en el tráfico de drogas (Brasil).
- Vivir en una *favela* (37) aumenta el nivel de vulnerabilidad y aislamiento, al haber menor libertad de movimientos por el entorno violento (Brasil).
- Cuando hay acusaciones de brujería, siempre se sospecha de las personas mayores, no de las jóvenes (por ejemplo, entre los Kisii). Por ello, muchas mujeres mayores son quemadas en público con o sin pruebas evidentes (Kenia).

(37) Nombre que se emplea en portugués de Brasil para denominar a los barrios de chabolas.

- A diferencia de otros países participantes, en Kenia el **bajo número de personas mayores en el total de la población** con respecto a niños hace que haya muy escasos recursos destinados a las personas mayores.
- Las personas mayores que viven en áreas lejanas no suelen tener acceso a centros de atención sanitaria y servicios de asesoramiento debido a que no pueden andar largas distancias o costearse el transporte (Costa Rica, Kenia).
- **Discriminación de los fondos de seguros médicos:** En Kenia, por ejemplo, el Fondo Nacional de Seguro Sanitario sólo acepta miembros de menos de 75 años de edad. Además, las compañías de seguros solicitan primas mucho más elevadas a las personas mayores, cerrándoles de este modo la posibilidad de tener seguro y dejándoles en gran desventaja.

También se mencionaron otras categorías de maltrato según la experiencia de los trabajadores sociales:

- **Las decisiones las toman familiares y no la persona mayor.**
- Utilizar **condicionantes culturales** para justificar un comportamiento abusivo.
- **La amenaza del maltrato y la intimidación** pueden suponer una gran fuerza de control.
- **Ocultar información** para castigar o aprovecharse de la persona mayor.

En todos los países hay políticas, protocolos y formación sobre violencia doméstica, pero no todas las instituciones tienen acceso a Guías o a Centros de Formación (Brasil, Chile, Costa Rica, Kenia). En los sitios donde existen, la formación que se ofrece no suele ser oficial, estandarizada, sistemática ni obligatoria. A veces se incluye el maltrato hacia las personas mayores en programas más generales de formación y en protocolos de trabajo (Brasil, Chile, España, Kenia). En consecuencia, los trabajadores sociales aprovechan su experiencia personal y formación en el área de la violencia doméstica a mujeres y niños y la adaptan en su trabajo con personas mayores. En Singapur, muchas decisiones que afectan a personas mayores requieren el consentimiento de la familia. El personal que actúa en primera línea está por tanto obligado a juzgar situaciones desde la perspectiva de las familias. Además, se considera que la clave de la actuación es la coordinación interprofesional, pero a menudo ésta debe mejorarse o no existe (España).

En general, los participantes del grupo de trabajo consideraron el Formulario de Evaluación de Trabajo Social una herramienta muy completa y detallada (38). No obstante, las consideraciones acerca de su aplicabilidad fueron variadas. Los aspectos positivos dan una idea general de la **amplitud del formulario**, abarcando muchos factores, preguntas y temas que los trabajadores sociales necesitan saber. Podría servir por tanto como una buena herramienta-guía y como un **medio de formación**.

En la mayoría de los países (Australia, Brasil, Costa Rica, España, Singapur) se consideró inviable la aplicación de este formulario de evaluación. Su **extensión** supuso el principal reto al crear dificultades prácticas y teóricas. Otro problema clave es la dificultad de obtener **respuestas sinceras** a muchas de las preguntas; algunas personas minimizan sus problemas para evitar conflictos. En algunos países entre las tareas de los trabajadores sociales no se incluyen visitas domiciliarias periódicas y por tanto no sería posible comprobar la situación de la persona en su domicilio. Se necesitaría conseguir una relación muy sólida y de confianza entre la persona que aplica el cuestionario y el entrevistado, que sólo se puede crear a lo largo del tiempo. En algunos países (Chile, España, Singapur, Suiza) se estimó que alguna parte de la redacción y/o del estilo de las preguntas del formulario era restrictiva o inaplicable.

Además, los participantes expresaron sus reservas respecto a la aplicación de este formulario a personas con deterioro cognitivo. Se planteó el **problema de realizar valoraciones muy extensas de las personas** debido a que ya se emplean muchas herramientas de valoración. Se hizo también hincapié en que los trabajadores sociales **no sue-**

(38) En el Anexo 4 pueden verse las dudas, sugerencias y comentarios concretos de cada país.

len emplear etiquetas como “maltrato” o “negligencia”. Se vio que el objetivo de la actuación del trabajo social era mejorar la calidad de vida de las personas mayores y no acusar y etiquetar a alguien como “responsable de los malos tratos” o “víctima”.

Otras dudas sobre la aplicabilidad del formulario se referían a aspectos de la actuación. **¿Cómo se relaciona el formulario con un plan de actuación?** Se consideró necesario que hubiera un manual acompañando el formulario para valorar la sospecha y un organigrama adaptado a las posibilidades de actuación local. Se estimó que el formulario era restrictivo y que no ofrecía suficiente espacio para que los trabajadores sociales que realizaban la valoración pudieran explorar más. Además, **las posibilidades de actuación dependen con frecuencia de la legislación existente**. Las órdenes de actuación –allí donde están presentes– son difíciles de hacer cumplir debido a la reticencia continuada de la víctima a denunciar al responsable de los malos tratos (con frecuencia alguien cercano), a la vulnerabilidad física general de la persona mayor y, a veces, a la falta de comprensión y/o de capacidad para abordar la situación por parte de la policía.

Se realizaron las siguientes sugerencias para hacer el formulario más aplicable:

- **El formulario podría emplearse a lo largo de un número de visitas** cuando se ha establecido confianza.
- **El formulario debe ser personalizado**, dependiendo de las circunstancias de la persona mayor. Sólo deben emplearse las partes importantes para la sospecha del trabajador social (por ejemplo, abuso económico). Su aplicación podría limitarse a áreas concretas como *condiciones de vida, dinámica de la familia, adicciones de cualquier familiar, nivel de dependencia física y económica de la persona mayor y aislamiento social y emocional*.
- Para el manejo de crisis en una situación como el maltrato a personas mayores, **deben reducirse las preguntas** y centrarse más en analizar la gravedad, antecedentes y frecuencia del maltrato.
- Con el objetivo de abreviar el formulario, **podría omitirse la parte introductoria** (hasta la pregunta 19), ya que esta información está disponible en otras fuentes, por ejemplo, las historias clínicas.

Aparte del formulario, los participantes consideraron necesario realizar diversas iniciativas. Deberían existir **medidas preventivas**, como un mejor apoyo a los cuidadores, más profesionales tratando esta cuestión, incluyendo la policía, y una mayor conciencia en la comunidad sobre el maltrato hacia las personas mayores y sobre sus efectos demoledores. Las personas mayores deberían **disponer de un apoyo las 24 horas del día** para denunciar maltrato o para obtener información. Se recomienda **emplear más la legislación existente relativa a abuso sexual, agresión y violencia doméstica**, que en la actualidad no se emplea o no lo suficiente en el maltrato a personas mayores. **Es crucial la colaboración interdisciplinaria entre, por ejemplo, médicos de Atención Primaria, trabajadores sociales y enfermeras domiciliarias**, y podría mejorarse organizando mesas redondas para las diferentes personas interesadas, incluyendo a las personas mayores, con el objetivo de compartir experiencias, información y ofrecer soluciones. Los equipos mantendrían reuniones de casos y desarrollarían planes estratégicos individuales para proteger a las personas mayores en riesgo en sus domicilios, o que han iniciado algún tipo de intervención contra un responsable de los malos tratos. Esto necesitaría acompañarse de visitas domiciliarias periódicas para mejorar la protección a las personas mayores.

5.5. Grupo de trabajo con profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales

Los participantes debatieron acerca de las posibilidades actuales de valoración e intervención pero también de los obstáculos que pueden dificultar la prevención y detección del maltrato hacia personas mayores en sus respectivos países (39).

Ambos grupos de profesionales (profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales) han visto pacientes maltratados y han reaccionado de forma diferente. **Los trabajadores sociales parecen querer involucrarse más y**

(39) En esta sección no vuelven a aparecer cuestiones similares ya mencionadas en el grupo de trabajo con trabajadores sociales.

desearían compartir con los demás sus experiencias en el manejo de casos de maltrato a personas mayores. Los trabajadores sociales entrevistan al paciente maltratado y/o se informan de los sistemas disponibles y adecuados de apoyo. **Los médicos y profesionales de Atención Primaria** suelen referir los pacientes a trabajadores sociales cuando disponen de la información necesaria, pero **están más indecisos de participar activamente y con frecuencia se sienten impotentes**. Esta reticencia puede provenir de la falta de tiempo para estar con sus pacientes, de la ausencia de estrategias de seguimiento o del papel y las responsabilidades adjudicadas a cada profesión. En un grupo (Singapur) se indicó que los médicos de Atención Primaria mayores podrían relacionarse más con el problema del maltrato a personas mayores que los médicos más jóvenes.

Se señalaron diversas áreas problemáticas que dificultan los esfuerzos de prevención e intervención. En todos los países se necesita aumentar **la conciencia de los políticos acerca de los profesionales de Atención Primaria**. Otro aspecto se relacionó con la **legislación** de algunos países (Costa Rica, Kenia, Singapur), que no cubre adecuadamente las cuestiones del maltrato a personas mayores. En Brasil es obligatorio denunciarlo pero los profesionales de Atención Primaria expresaron su preocupación por su propia seguridad. Otras dificultades en la evaluación del maltrato hacia personas mayores incluyeron **la falta de:** a) formación en maltrato a personas mayores, b) comunicación y coordinación interprofesional, c) protocolos de intervención homogéneos, d) definiciones y terminologías específicas, e) apoyo social para cuidadores y f) circulación de información sobre recursos institucionales existentes.

Con el propósito de desarrollar las capacidades de los profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales para abordar el maltrato a las personas mayores, se sugirieron las siguientes iniciativas:

- Una de las prioridades es **sensibilizar a los Gobiernos** sobre el maltrato a las personas mayores. El apoyo gubernamental ayudaría a que se involucren los profesionales de Atención Primaria, sobre todo los médicos.
- Los médicos de Atención Primaria necesitan saber cómo derivar los pacientes a otros profesionales (como trabajadores sociales) para el manejo de casos que se sospechan. Se recomienda establecer una **plataforma continua en la que el personal que actúa en primera línea pueda compartir información** sobre maltrato a personas mayores.
- No sólo los profesionales deberían recibir formación; la comunidad debería sensibilizarse y **habría que informar a las personas mayores sobre sus derechos**, en concreto en relación con el maltrato, la negligencia y la explotación.
- **Las soluciones eficaces han de incluir a la persona responsable de los malos tratos.**
- **Se debe revisar el papel de las enfermeras.** En algunos países pueden tener más capacidad para abordar el maltrato a personas mayores que los médicos.

Se estimó necesario disponer de un manual con información básica sobre maltrato a personas mayores destinado a profesionales que tratan con este problema. Los participantes debatieron acerca de utilidad del manual (40) de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, Manual PAHO) y su aplicabilidad en sus respectivos países. Los participantes estuvieron de acuerdo en que debían modificarse o añadirse los siguientes puntos (41):

1. Definición de maltrato a personas mayores:
 - a) El abuso sexual, abandono, negligencia y autonegligencia deben ser categorías separadas.
 - b) El abuso físico debe incluir "tratamientos o intervenciones médicas forzadas".
 - c) Podría separarse el *maltrato emocional* del *maltrato psicológico*. El *maltrato emocional* se centra más en las consecuencias para la víctima, como ansiedad, depresión, tristeza y soledad; el *maltrato psicológico* incluye también "limitar los recursos de una persona".

(40) En el Anexo 3 puede verse la sección importante del manual, aquí comentada.

(41) Los números se refieren a las secciones concretas del manual de la OPS.

- d) Deberían añadirse las siguientes categorías:
- i. Abandono e institucionalización.
 - ii. Violencia doméstica y de género, por ejemplo, que la violencia hacia la mujer continúe en la edad avanzada.
 - iii. Decisiones tomadas por familiares en nombre de la persona mayor cuando ésta no lo desea o no es necesario.
 - iv. Interés económico y codicia de la familia.
 - v. Utilizar el temor al maltrato, negligencia, aislamiento o abandono para controlar a la persona mayor.
- e) Los indicadores de riesgo se describen mediante un enfoque basado en los derechos del individuo. Esto puede no ser apropiado en sociedades –como la de Singapur– que hacen más hincapié en los derechos de la familia que en los individuales.

2. Bases del diagnóstico:

- a) Dentro de los “factores de riesgo en la familia” se sugirió que un principal conjunto de factores que faltaban eran diversos tipos de vulnerabilidad en la persona mayor, como *incapacidad, enfermedad o fragilidad, grandes necesidades de cuidados, demencia* (u otros aspectos conductuales que pudieran provocar el maltrato); otro área era *fallos en el comportamiento del cuidador* (por ejemplo, falta de responsabilidad y codicia), *antecedentes de relaciones conflictivas durante largo tiempo y enfermedad mental/trastornos de personalidad en el maltratador y/o en la víctima*.
- b) Dentro de los “factores de riesgo en instituciones y residencias públicas” podrían también aplicarse los *ratios de personal-paciente, masificación y falta de interacciones comunitarias y sociales*.
- c) No en todos los países –por ejemplo en Australia– los médicos de Atención Primaria son el primer contacto en las cuestiones de maltrato a personas mayores, debido a su falta de tiempo y de formación; por tanto, el enfoque sugerido en la figura 1.1. debe adaptarse específicamente al contexto.
- d) En el manual se presupone que la persona mayor tendrá síntomas físicos del maltrato, lo que con frecuencia no sucede.
- e) En la actualidad el médico no necesariamente conoce los antecedentes del paciente, ya que algunos cambian de médico con gran frecuencia y puede que un mismo médico no esté disponible para ver a la persona.
- f) Es evidente que pueden existir conflictos con un familiar o un cuidador, pero se suelen ocultar o negar las relaciones de tensión.
- g) No se mencionan diferencias culturales o la posible necesidad de que estén presentes traductores o intérpretes.
- h) No existe un procedimiento por el cual los médicos deban solicitar consentimiento antes de tocar o examinar físicamente a los pacientes mayores (esto es especialmente importante en casos de agresión sexual).
- i) Los indicadores de riesgo se consideran una lista útil, pero para los médicos sería más adecuado tener una guía diagnóstica, ya que los indicadores no son suficientemente concretos; se da más importancia a una lista de referencia que pueda emplearse al final de la valoración.
- j) Los médicos de Atención Primaria y trabajadores sociales recomiendan el empleo de un diagnóstico socio-médico en la Tabla 1.2 (en 2.2. Diagnóstico del problema).

3. Bases para el tratamiento:

- a) El enfoque mediante organigrama es excesivamente médico; el empleo de la palabra "tratamiento" hace que el maltrato a las personas mayores suene a enfermedad. El objetivo debe ser eliminar o reducir el daño causado a la persona mayor por los responsables de los malos tratos.
- b) En algunos países no hay "servicios de protección al adulto" ni obligatoriedad a informar, así como tampoco órdenes de intervención específicas.
- c) Las opciones de derivación varían de un país a otro y deben adaptarse según los contextos específicos.
- d) Suele parecer más apropiado centrarse en la rehabilitación y educación del responsable de los malos tratos que en estrategias orientadas sólo a la educación de la persona mayor.
- e) El término "intervención" puede sustituirse por "opciones" o "asistencia", debido a que intervención podría parecer decir que se eliminan las ayudas para la persona mayor.
- f) Una cuestión importante que no se abordó convenientemente en la figura 1.3 es conseguir la seguridad de la víctima y que se desarrollen planes de seguridad adecuados para las personas mayores –sobre todo en personas que no pueden decidir por sí mismos aceptar los servicios.
- g) Al igual que en el plan de actuación, se sugirió crear una línea directa/línea de ayuda para los profesionales de Atención Primaria; el organigrama (1.3) se consideró un tanto inflexible.

4. Lecturas recomendadas:

Se necesita actualizar la bibliografía.

Los participantes concluyeron que el manual de la OPS no era adecuado para su empleo en Singapur, España y Australia por las razones expuestas anteriormente (42). En estos tres países ya hay estrategias de seguimiento en marcha que parecen reflejar mejor las realidades específicas del país. El grupo de Brasil consideró que el manual se emplearía si fuera más breve y se ajustase al contexto brasileño –por ejemplo, se deben adaptar los organigramas–, ya que podría aumentar la conciencia entre los profesionales de Atención Primaria sobre maltrato y negligencia. En Costa Rica y en Kenia hubo una gran sensación de que el contenido y cuestiones del manual de la OPS eran apropiados y que podría emplearse fácilmente.

5.6. Recomendaciones y conclusiones

Durante toda la realización de este proyecto, la OMS y el CIG adoptaron un enfoque interdisciplinar e interinstitucional con el objetivo de buscar posibilidades de identificar y prevenir el maltrato hacia las personas mayores en los diversos países participantes. La complejidad de la investigación –afrentando una cuestión muy sensible a escala global y teniendo en cuenta las diferencias culturales– ha mostrado que se necesitan dar muchos pasos para lograr estrategias apropiadas de identificación del maltrato hacia personas mayores como respuesta al llamamiento del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En concreto, resulta crucial incluir los puntos de vista de los tres principales interesados: las personas mayores, los médicos y los trabajadores sociales.

Las conclusiones de los debates del grupo focal y grupo de trabajo en los diversos países corroboran los hallazgos y recomendaciones del estudio EASI en Montreal:

- El instrumento con doce preguntas es demasiado largo, considerando que en la mayoría de los países participantes el tiempo medio de consulta de un médico de Atención Primaria es de 10-15 minutos o incluso menos. Un instrumento más breve que abarcase todos los aspectos principales del maltrato a las personas mayores tendría más probabilidad de ser aceptado y aplicado por los profesionales de Atención Primaria.

(42) Las recomendaciones para el manual de la OPS que se resumen en esta sección se basa en su mayoría en los informes de estos tres países. En el Anexo 4 se puede encontrar más información.

- Antes de aplicar este tipo de cuestionario es decisivo determinar si el paciente muestra signos significativos de deterioro cognitivo.
- Estas preguntas únicamente deben formularse cuando el paciente esté solo.
- Es cada vez menos frecuente que el paciente mayor mantenga una relación permanente y cercana con un médico que le conoce bien. Por tanto, las preguntas debe realizarlas un profesional de Atención Primaria durante varias visitas con el propósito de establecer una relación de suficiente confianza entre el paciente y el profesional.
- En el caso de que se sospeche maltrato a personas mayores es esencial dotar a los profesionales de Atención Primaria de mecanismos de seguimiento y estrategias de remisión.

Otros puntos mencionados fueron:

- Las enfermeras pueden ser una alternativa importante a los médicos para realizar este tipo de cuestionario.
- Se planteó un importante desafío con respecto al concepto de este tipo de herramienta: algunas de las preguntas (por ejemplo, la número 11) son un tanto ambiguas, ya que no está claro si la persona sufrió daño de forma accidental o intencionada. El cuidador podría necesitar formación sobre cómo levantar y sostener a una persona mayor para prevenir daños o lesiones en el futuro.
- Otra dificultad señalada por los participantes es que para algunas personas pueden ser difícil contestar a estas preguntas.
- La amenaza de la violencia y la intimidación a la persona mayor es un aspecto importante que no se aborda en la batería de doce preguntas.

Resulta difícil establecer una comparación totalmente precisa de los resultados de los grupos focales con personas mayores y con profesionales de Atención Primaria –y además a través de los diferentes países–, ya que la naturaleza de los grupos focales y el número de participantes variaron significativamente. No obstante, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- En algunos países –como Singapur– las personas mayores y los profesionales de Atención Primaria han escogido casi el mismo conjunto de preguntas que deben conservarse en el cuestionario, pero en otros países la selección varía ampliamente.
- Las preguntas 4 y 5 fueron escogidas como las más importantes en todos los grupos focales realizados con personas mayores, seguidas de las preguntas 6, 8 y 11 (con menor consistencia en los diversos países). Las elecciones realizadas por los profesionales de Atención Primaria fueron más uniformes: se prefirieron generalmente las preguntas 4, 5, 8, 11 y 12.
- En ambos grupos (personas mayores y profesionales de Atención Primaria) se señalaron varios aspectos similares:
 - La importancia de la relación de confianza entre el médico y el paciente.
 - La mayoría de las personas mayores se sienten incómodas al solicitar ayuda.
 - Aunque hubo acuerdo en que debe abreviarse el cuestionario y simplificarse la redacción, no hubo consenso sobre la extensión de las preguntas. Por una parte, algunos consideraron que las preguntas largas eran más difíciles de comprender pero que el número de preguntas podría mantenerse reducido. Por otra parte, las preguntas más breves podrían ser más comprensibles pero llevaría a un cuestionario más extenso; cuanto más largo sea el cuestionario –incluso aunque las preguntas sean más cortas–, mayor es la probabilidad de que la persona mayor pierda la atención.
- Algunas preguntas (por ejemplo, la número 11) se consideraron ambiguas, ya que no está claro si se refieren a daño accidental o intencionado.

- La importancia de algunas preguntas –como las que se refieren a problemas de alcohol o a dependencia económica– varía según el contexto geográfico y cultural.
- La pregunta sobre abuso sexual provocó la mayor controversia. La mayoría de las personas mayores la consideraron demasiado delicada o no lo suficientemente adecuada, mientras que los profesionales de Atención Primaria estimaron necesario incluir esta cuestión en la pregunta.

El principal objetivo de este proyecto fue investigar la posibilidad de desarrollar un instrumento aplicable en diferentes contextos culturales y geográficos que pudiera aumentar la conciencia entre los profesionales de Atención Primaria sobre el maltrato y la negligencia hacia personas mayores.

Los resultados muestran que las preguntas sensibles a las características culturales –por ejemplo, sobre abuso sexual– no pueden realizarse en todos los ámbitos. Deben hallarse medios más sutiles para abordar esta cuestión. También revelaron algunas discrepancias entre el conjunto de preguntas escogidas como adecuadas por los profesionales de Atención Primaria y las escogidas por las personas mayores. Según los resultados de este estudio todavía no podemos recomendar la aplicabilidad universal de esta herramienta porque no puede ajustarse a las sensibilidades culturales de *todos* los ámbitos. No obstante, puede ser posible desarrollar una herramienta suficientemente sensible en las preguntas centrales, que pueda adaptarse con relativa facilidad para su uso en diferentes contextos geográficos y culturales.

Con todo, es importante idear una estrategia para este fenómeno social oculto y extendido. El *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores*, junto con las técnicas de valoración –como una adecuada valoración realizada por trabajadores sociales y un manual que contenga información sobre prevención, identificación e intervención adaptados a diversos contextos locales–, ofrecen un importante terreno sobre el que realizar futuros esfuerzos. Recomendamos realizar este tipo de iniciativas en todos los países del mundo para tratar de prevenir el maltrato y para ofrecer suficiente protección a aquellas personas mayores que necesitan apoyo para hacer frente a este peligroso problema que afecta a miles de ciudadanos mayores.

6. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

ACIERNO, R.; RESNICK, H.; KILPATRICK, D.; STARK-RIEMER, W. Assessing elder victimization. Demonstration of a methodology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 644-53.

AHMAD, M.; LACHS, MS. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. *Cleve Clin J Med* 2002; 69 (10): 801-808.

BAKER, A.A. Granny-battering. *Modern Geriatrics* 1975; 5: 20-24.

EWING, J.A. Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA*, 1984; 252: 1905-1907.

HUDELSON, P.M. Qualitative research for health programmes, Geneva, WHO, 1994.

LACHS, M.S. Screening for family violence: What's an evidence-based doctor to do? (Editorial). *Ann Intern Med* 2004; 140 (5): 399-400.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Richard J. Bonnie and Robert B. Wallace, Editors. Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. 568 pages, 2003, Washington, DC: The National Academies Press.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, Washington, PAHO, 2002.

PILLEMER, K.; FINKELHOR, D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28: 51-57.

ROSENBLATT, D.E.; CHO, K.H.; DURANCE, P.W. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44 (1): 65-70.

RUIZ SANMARTÍN, A.; ALTET TORNER, J.; PORTA MARTÍ, N.; DUASO IZQUIERDO, P.; COMA SOLÉ, M.; REQUESENS TORRELLAS, N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria* 2001; 27 (5): 331-34.

UNITED NATIONS. Madrid International Plan of Action on Ageing (2002, up-dated). <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/a-conf-197-9b.htm>.

UNITED NATIONS. Population Database (2004, up-dated).

VEILLIR EN LIBERTÉ: <http://www.fep.umontreal.ca/violence/> (RIFVEL).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing - A policy framework, Geneva, WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/INPEA. Missing Voices. Views of older persons on elder abuse, Geneva, WHO, 2002a.

– The Toronto Declaration, Geneva, WHO, 2002b.

YAFFE, M.J.; LITHWICK, M.; WOLFSON, C. A North American view on elder abuse. World Health Organization Symposium: WHO Approaches to the Prevention of Elder Abuse, 18th Congress of the International Association of Gerontology. Rio de Janeiro, Brazil, June 26-30, 2005.

YAN, E.; TANG, C.S.K. Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *J Interpers Violence* 2001; 16 (11): 1158-74.

EQUIPO DEL PROYECTO

Coordinadores:

OMS:

Alexandre Kalache, Director del programa «Envejecimiento y Curso de la Vida», OMS, Salud Familiar y Comunitaria, Ginebra.

CIG-UNIGE/HUG:

Charles-Henri Rapin, Director adjunto, Centro Interfacultades de Gerontología de la Universidad de Ginebra (CIG-UNIGE) y Jefe de Servicio Médico, programa «Envejecer saludablemente», HUG, Ginebra.

CIG-UNIGE/OMS:

Karina Kaindl, Centro Interfacultades de Gerontología de la Universidad de Ginebra (CIG-UNIGE) y programa «Envejecimiento y Curso de la Vida», OMS, Salud Familiar y Comunitaria, Ginebra.

Silvia Perel Levin y María Casares intervinieron en la coordinación del proyecto y ambas dejaron su puesto en diciembre de 2004.

Colaboradores y expertos del estudio:

Mark S. Lachs, Profesor de Medicina, Sección de Geriátrica y Gerontología, Facultad de Medicina Weill de la Universidad Cornell, Nueva York.

Maxine Lithwick, investigadora y trabajadora social, Centro de Salud y Servicios Sociales de René-Cassin y Notre-Dame-de-Grace/Montréal-Ouest.

Dr. Mark J. Yaffe, Profesor de Medicina Familiar y Jefe del Departamento de Medicina Familiar, McGill University, St. Mary's Hospital, Montreal.

Centros de estudios y centros colaboradores / coordinadores nacionales:

Australia: Gordana Marin, Departamento de Comunidades Victorianas, Oficina de Jubilados Victorianos, Melbourne.

Brasil: Laura Machado, Consultoría Inter-edad en Gerontología, Río de Janeiro.

Chile: Dr. Pedro Paulo Marín, Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador de la OMS para Asuntos de Envejecimiento y Salud, Santiago.

Costa Rica: Dr. Fernando Morales-Martínez, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raul Blanco Cervantes, Calles 18-10, Avenida 8, San José.

España: D.^a Mayte Sancho Castiello y Dr. Antonio Yuste, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (IMSERSO/SEGG), Madrid. Gema Pérez Rojo, Universidad Autónoma de Madrid.

Kenia: Amleset Tewodros, HelpAge International, Centro para el Desarrollo Regional en África, representante regional - África, Nairobi.

Singapur: Susana Concorde, Fundación Tsao, Singapur.

Suiza: Profesor Charles-Henri Rapin, Hospital de Loëx, Bernex/Geneva.

Evaluadores del informe:

Terezinha Da Silva, asesora y formadora, Centro de Formación Legal y Judicial, Maputo, Mozambique.

Bridget Penhale, profesora, Universidad de Sheffield.

Anexo 1. Protocolo de investigación de los grupos focales

Doce preguntas para un *Índice de Sospecha*:

Pregunta 1

¿Normalmente se siente solo?

Sí No No contesta

Tenemos entre 5 y 10 minutos para cada pregunta; nos gustaría conocer su opinión sobre lo siguiente:

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 2

Pregunta 2

Cuando necesita ayuda, ¿se siente incómodo por tener que recurrir a los demás para que le ayuden?

Sí No No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 3

Pregunta 3

La mayoría de las veces, ¿depende de alguien para que le ayude en sus actividades básicas de la vida diaria?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa: ¿son habituales las discusiones entre usted y quien le ayuda?

Sí No No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 4

Pregunta 4

¿Alguien le ha impedido tener acceso a elementos necesarios, como alimentos, medicinas, ropa, un espacio vital adecuado o dispositivos de ayuda como gafas, audífonos, etc.?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa: ¿se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?

- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 5

Pregunta 5

¿Alguien cercano a usted le ha gritado de forma injustificada, o le habló de forma que a usted no le gustó, o le ha hecho sentirse especialmente triste, avergonzado, temeroso, ansioso o infeliz de manera que esto le ha perturbado durante mucho tiempo?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa: ¿se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 6

Pregunta 6

¿Ha sentido que alguien cercano se estaba aprovechando de usted, o le impedía hacer cosas importantes para su bienestar, o le ponía obstáculos para estar con las personas con las que quería estar?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa: ¿se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 7

Pregunta 7

¿Hay alguien que dependa económicamente de usted?

- Sí
 No
 No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 8

Pregunta 8

¿Alguien de su confianza ha usado o tratado de usar su dinero, sus posesiones o sus bienes de una manera no deseada por usted, o le forzó a firmar documentos que usted no entendía o no quería firmar?

- Sí
 No
 No contesta

En caso de respuesta afirmativa: ¿se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada
 Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 9

Pregunta 9

¿Vive con usted alguien que beba más alcohol de lo que usted considera razonable?

Sí No No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 10

Pregunta 10

¿Vive con usted alguien con un historial de enfermedad mental?

Sí No No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?

- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 11

Pregunta 11

¿Alguien le ha herido físicamente, por ejemplo, le ha pegado, le ha empujado o le ha impedido moverse con libertad?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa: ¿se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la pregunta 12

Pregunta 12

¿Alguien le ha tocado de manera que a usted no le gustó o le ha hecho propuestas sexuales no deseadas?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa: ¿se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Suponiendo que el instrumento –*Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores*– pudiera tener sólo **cinco preguntas**, ¿qué cinco utilizaría? Por favor, rodee con un círculo los números de las cinco preguntas que incluiría.

Advertencia:

Las preguntas empleadas en este cuestionario se obtuvieron de un proyecto de investigación del *Centro de Salud y Servicios Sociales de René-Cassin y Notre-Dame-de-Grace* (antes CLSC René Cassin), la *Universidad McGill* y el *Hospital de Santa María*, en Montreal, financiado por los *Institutos Canadienses de Investigación de la Salud*. Los derechos de propiedad intelectual de las mismas corresponden a los investigadores Mark J. Yaffe MD (43), Maxine Lithwick MSW (44), Christina Wolfson PhD (45), y Elizabeth Podnieks RN (46).

(43) Siglas de *Medical Doctor*: Doctor en Medicina en el Reino Unido, pero licenciado en Medicina en los EE. UU. [N. del T.]

(44) Siglas de *Master of Social Work*: Diplomada en asistencia social o, sin más, asistente social. [N. del T.]

(45) Siglas de *Philosophy Doctor*: Título universitario de los EE. UU. equivalente a cualquier doctorado, incluso en Medicina; suele distinguir al médico que se orienta hacia la investigación más que al que ejerce la profesión (al que se identifica con las siglas MD). [N. del T.]

(46) Siglas de *Registered Nurse*: Enfermera diplomada o, sencillamente, enfermera. [N. del T.]

Anexo 2. Resúmenes de los informes nacionales

Resumen del informe de Australia

Grupos focales:

1. Grupos focales con personas mayores

Este informe se basa en las opiniones de 23 jubilados de Victoria. Se realizaron tres debates mediante la utilización de la técnica del grupo focal, un grupo era mixto compuesto por ocho hombres y mujeres, otro era un grupo compuesto por siete mujeres y otro grupo estaba compuesto por ocho hombres, que provenían principalmente de tres centros de jubilados. Sus edades comprendían entre los 65 y los 84 años.

En los debates surgieron diversos temas generales y a menudo relacionados que parecieron influir en las respuestas a cuestiones concretas del cuestionario:

- Un tema constante en el grupo mixto fueron los cambios sutiles y no tan sutiles en **el modo en que la sociedad les considera “inferiores” a medida que envejecen.**
- Es cada vez **menos frecuente que una persona mayor mantenga una relación continuada y cercana con un médico** que la conoce bien.
- Las **preguntas** están escritas de un modo un tanto **artificial, formal y a veces excesivamente “clínico”.**
- La **dependencia de las personas mayores hacia sus cuidadores** podría influir negativamente en la obtención de respuestas abiertas y honestas acerca del maltrato.
- **No todos los médicos de Atención Primaria tienen la suficiente habilidad para preguntar** de forma delicada, para no ofender, incomodar o tal vez motivar el silencio de la persona mayor.
- Se identificaron como posibles problemas las presiones en el tiempo de los médicos de Atención Primaria y el coste para el paciente. Los participantes consideraron **improbable poder realizar las doce preguntas en una sola visita.**
- ¿Cuáles son los **siguientes pasos que debe dar el médico de Atención Primaria** si sospecha que hay maltrato? En esta cuestión se consideró que el organismo o la institución es quien mejor puede ayudar a la persona mayor.

Las **cuestiones más apropiadas** escogidas por los grupos fueron la **número 8, 11, y la 4, 5 y 6** por igual (en orden de interés).

Pregunta 4: Hubo un acuerdo general en que se trata de una pregunta importante, sobre todo considerada en el contexto general del cuestionario. No obstante, los participantes señalaron varios problemas en la redacción. Consideraban que la pregunta era demasiado larga y daba la impresión de complejidad, sobre todo porque la lista de ejemplos que ofrecía era demasiado amplia. El médico de Atención Primaria podría elegir del listado de ejemplos aquellos que parecen ser más adecuados. Por ejemplo, no preguntaría acerca de audifonos si está claro que la persona no los necesita.

La expresión “elementos necesarios” sonaba poco acertado y debería ser sustituido por “cosas que usted necesita”. Aunque comprendieron que la idea de “haberle impedido” hacer algo era un indicador importante de posible maltrato, algunos sugirieron que podría resultar demasiado intrusivo y que habría otras formas de animar a la persona a sincerarse. La pregunta podría ir precedida de algo así como: *Voy a realizarle unas pocas preguntas acerca de las cosas que usted necesita, como su comida, alguna medicina que necesite, su ropa y espacio donde vive...* y luego continuar preguntando: *¿le resulta fácil tener todo lo que necesita en cuanto a comida o medicamentos y cosas así? ¿Alguien le ha denegado alguna vez estas cosas?*

Se realizaron sugerencias para modificar los términos y resolver los problemas mencionados:

¿Alguien le ha impedido tener las cosas básicas necesarias para su bienestar?

Si usted las necesitó/cuando usted las necesitó... ¿alguien le impidió tenerlas?

Se consideró que la segunda parte de la pregunta era importante pero podría formularse de manera más sencilla; por ejemplo, *¿Sucedió esto a menudo?*, y luego continuar con otras preguntas que animen a la persona a “contar su historia”.

Pregunta 5: Por la experiencia de los participantes, el maltrato psicológico, la intimidación, el maltrato verbal y las amenazas, que menciona la pregunta, suelen tener un gran impacto en las personas mayores y pueden ser muy humillantes. Resultaba difícil de probar, ya que puede ser negado fácilmente, sobre todo si la persona mayor ha comenzado a padecer demencia.

La mayoría pensaron que la pregunta era excesivamente “prolija” y que contenía demasiadas ideas.

Algunas de las opciones sugeridas fueron:

¿Cómo se lleva con su familia o con la persona/s que cuidan de usted? (seguido de preguntas más concretas, dependiendo de la respuesta).

¿Ha sido alguna vez intimidado por las personas cercanas a usted/su familia/la persona que cuida de usted?

Pregunta 6: Los participantes estimaron que las ideas contenidas en esta pregunta eran muy importantes para detectar maltrato hacia las personas mayores. Hubo acuerdo en que la formulación era relativamente clara y que todas las ideas en la pregunta eran importantes. No obstante, también consideraron que había al menos tres ideas separadas en la pregunta –*se estaba aprovechando de usted, le impedía hacer cosas y ser utilizado o no tomado en serio*–. Cada una de ellas es muy importante y al unir las en una sola pregunta se hacen difíciles de seguir.

Las formas de maltrato psicológico referidas son a veces muy difíciles de solucionar. Los participantes hablaron de sus experiencias con personas mayores que ocultaron, negaron, olvidaron o ignoraron por algunos motivos ciertas formas de maltrato psicológico, pero con frecuencia debido a que no querían perder la relación con el responsable de los malos tratos.

Pregunta 8: Se consideró importante para detectar maltrato hacia las personas mayores, sobre todo porque es muy probable que las personas mayores sufran abuso económico. Algunos sostuvieron que debían separarse las dos partes de la pregunta ya que se refieren a cosas distintas.

Se señaló que algunas personas no admitirían que alguien se está aprovechando de ellas o cometiendo fraude, sobre todo si son familiares o personas cercanas. El orgullo y el miedo eran motivos muy fuertes para mantener este comportamiento.

Hubo una sensación general de que la pregunta era inadecuada y necesitaba simplificarse. Debería preguntarse primero acerca de firmar documentos sin su deseo, ya que se consideró que era menos amedrentador que la primera parte de la pregunta. Además, deberían emplearse los términos “presionó” o “persuadió en contra de su voluntad”, más que “forzó” (o al igual que “forzó”), ya que incluían más situaciones en las que el abuso económico podría aparecer.

“Alguien de su confianza...” es poco acertado; debería decirse “Alguien en quien usted confiaba...”.

Pregunta 11: Los participantes pensaron que el maltrato físico directo era una cuestión muy importante sobre la que preguntar. Sin embargo, surgieron diversos asuntos importantes en relación con la formulación de la pregunta:

- *¿Debería hacerse la pregunta con independencia de que hubiera alguna evidencia para hacerlo o al menos una sospecha de maltrato físico?*

- ¿Debería ser la pregunta concreta o general?
- ¿Tienen los médicos la habilidad para hacer esta pregunta de modo que anime a la persona a ser sincera, y ven las personas mayores que los médicos comprenden y son capaces de abordar estos temas?
- Debe simplificarse la formulación. “Impedido moverse con libertad” es demasiado formal y clínico. Una opción es: “le restringió o prohibió moverse libremente”.

Se hicieron otras sugerencias acerca de la formulación de la pregunta:

¿Se ha sentido físicamente amenazado por alguien? ¿Sucede esto a menudo?

¿Alguien le ha agredido físicamente, por ejemplo, golpeado, empujado o le ha impedido moverse con libertad?

Las preguntas 1, 2, 7, 9 y 10 se consideraron las menos importantes.

Las doce preguntas valoradas en conjunto:

La sensación general fue que **las doce preguntas eran completas y abarcaban todas las áreas clave del maltrato hacia las personas mayores**. Dos personas sugirieron conservar todas las cuestiones. Sin embargo, qué preguntas se debería formular dependería de la percepción del médico sobre la persona mayor y de las circunstancias particulares de la misma. Podrían combinarse algunas preguntas. Por ejemplo, la pregunta 4 (le ha impedido tener acceso a elementos necesarios para la salud y el bienestar) podría relacionarse bien con la pregunta 5 (sentirse intimidado; alguien le ha hecho sentirse triste, ansioso, con miedo, etc.).

Se hicieron algunas sugerencias respecto al **cambio del orden de las preguntas**. Se señaló que el maltrato psicológico y la intimidación a las personas mayores son probablemente las formas más habituales de maltrato. Por tanto, la pregunta 5 debería ir antes en la lista. De este modo se podría establecer el contexto para otras formas de maltrato.

En todos los grupos se destacó la necesidad de que hubiera “verdaderas conversaciones” entre los médicos de Atención Primaria y sus pacientes; por ello es muy importante **la manera en que se hacen las preguntas**.

Se vio que **los problemas de tiempo y la falta de formación adecuada** dificultarían que muchos médicos de Atención Primaria emplearan eficazmente este instrumento. Sin embargo, los médicos forman la primera línea de la atención sanitaria y hay grandes motivos para realizar iniciativas que aumenten su conocimiento y comprensión del maltrato hacia las personas mayores. Se necesitaría una formación inicial y un desarrollo profesional continuado acerca de las cuestiones del maltrato a las personas mayores.

La población de Australia es muy variada cultural y lingüísticamente. Por tanto, se necesitaría comprobar la eficacia de las preguntas con diferentes grupos culturales, incluyendo el lenguaje que se emplea para referirse a las diversas formas de maltrato a personas mayores.

Es evidente que los participantes preferían una **formulación simple** y lo más **sencilla** posible. Por esta razón consideraron que no deberían incluirse listas largas de ejemplos, como en la pregunta 4, aunque comprendieron que a veces se necesitan ejemplos para aclarar. Para mejorar más la herramienta sería importante mantener un equilibrio entre claridad, simplicidad y brevedad. En realidad, si se emplean eficazmente, podrían incluirse algunos ejemplos del cuestionario actual como preguntas de seguimiento. Además, los participantes opinaron que debían separarse las preguntas que contenían más de una idea.

Se indicó que **las preguntas referidas a abuso sexual y físico resultarían muy intrusivas** para muchas personas mayores y, como se dijo, no deberían formularse a todas ellas.

2. Grupos focales con profesionales de Atención Primaria

Se llevaron a cabo dos debates de grupo focal, uno con enfermeras (siete mujeres) y uno con médicos (dos mujeres y dos hombres). Todas las enfermeras tenían experiencia en tratar con pacientes mayores, y provenían de servicios hospitalarios y de enfermería y de una escuela universitaria de enfermería. Los médicos provenían de consultas públicas y privadas así como de dos grandes hospitales públicos.

Las cinco (seis) preguntas consideradas más importantes (principalmente por las enfermeras) fueron la número 11, 4, 9, 12, y la 8 y 6 por igual (en orden de interés). Tres médicos rehusaron escoger cinco ítems como cuestionario breve porque todas las cuestiones tratadas eran importantes, excepto en las preguntas 1, 2 y 7.

Pregunta 4: Todos coincidieron en que era importante. No obstante, al igual que en los grupos focales con personas mayores, los profesionales sanitarios pensaron que algunas personas mayores que habían sufrido un maltrato podrían no contestar con sinceridad a esta pregunta, porque temen, por ejemplo, perder a un cuidador no perfecto que aun así les ayuda a ser en gran parte independientes. Al igual que con todas estas preguntas, **las respuestas dependerían de la manera en que el profesional sanitario condujese la entrevista.**

Aunque consideraron útil emplear un listado de ejemplos para informar al paciente de lo que se quería expresar con "elementos necesarios", se pensó que podría hacerse de forma más sencilla y menos intrusiva. Se estimó que "espacio vital adecuado" era demasiado complejo y podría eliminarse. Los participantes sugirieron simplificarla:

¿Ha sentido alguna vez que le han impedido tener elementos que usted necesita, como comida, medicinas, gafas o audífonos?

¿Con qué frecuencia siente que le impiden tener elementos que usted necesita (algunos ejemplos); diría que "nunca", "a veces", "con frecuencia", "casi siempre"?

Pregunta 6: Los participantes consideraron que las cuestiones de esta pregunta eran sumamente importantes para valorar el riesgo de maltrato hacia personas mayores. Sin embargo, la pregunta era demasiado compleja, ya que preguntaba si a) se estaban aprovechando de él (que bien podría significar económicamente), b) le impidieron hacer cosas (o no le tomaron en serio sus deseos) y c) si tal vez estaban aislados socialmente. También se comentó que a veces los acontecimientos de la vida o los problemas de salud limitan las libertades y elecciones de las personas mayores (como el consejo de la familia o de los médicos para que deje de conducir), pero puede aparecer luego un resentimiento. Las tres cuestiones eran muy importantes pero al unir las en una sola pregunta se hacían difíciles de contestar. Por tanto, se estimó que deberían preguntarse por separado. Debido a que había preguntas posteriores acerca de abuso económico, podría eliminarse la primera parte a) acerca de si se aprovecharon de él, en favor de la segunda y tercera parte b) y c).

Los principales debates en ambos grupos se centraron en simplificar la pregunta o separarla en dos componentes principales. También se consideraron innecesarias algunas expresiones como "cerca de usted" y "para su bienestar". Las sugerencias respecto a la formulación fueron:

¿Siente que alguien le está impidiendo hacer lo que usted desea?, y ¿Hay alguien impidiéndole ver a las personas que usted desea ver?

¿Puede hacer usted lo que desea? ¿Puede usted ver a quien desea?

¿Alguien que usted conoce le impide hacer cosas que son importantes para usted?

¿Con qué frecuencia alguien que usted conoce le impide hacer cosas que son importantes para usted?, ¿"nunca", "a veces", "con frecuencia", "casi siempre"?

Pregunta 8: Los participantes consideraron que era muy importante para detectar abuso económico y que ayuda a ahondar más en los diferentes aspectos de la dependencia o del maltrato económico. No obstante, de nuevo la formulación era complicada y confusa y algunos indicaron que las dos cuestiones en la primera parte de la pregun-

ta deberían tratarse de forma separada, ya que se refieren a cosas distintas: a) mal uso del dinero o posesiones y b) obligar a firmar documentos. Algunos sugirieron dividirla en dos preguntas, por ejemplo:

¿Alguien empleó o trató de emplear su dinero, posesiones o bienes de un modo que usted no quería?

¿Alguien (en quien usted confía) le hizo firmar documentos que usted no comprendía o que no quería firmar?

¿Puede usted acceder a su dinero cuando lo necesita?

Debido a que un "sí" a cualquiera de estas preguntas indica sospecha, de nuevo los médicos vieron innecesaria la segunda parte de la pregunta (¿se trató de una acción aislada o no?).

Se estimó necesario aclarar la formulación de la pregunta. La frase "alguien de su confianza" pareció bastante complicada y dio la sensación de que el factor "confianza" no importaba demasiado. De hecho, algunos comentaron que si la persona le estaba robando o haciendo un mal uso de sus bienes en ningún modo confiaría más en ella. También se sugirió la opción de "hacer" firmar, en lugar de "forzar" a firmar documentos, ya que es menos probable que ello implique una coerción física.

Pregunta 9: La posibilidad de violencia relacionada con problemas de alcohol se consideró un aspecto muy importante y ambos grupos recomendaron firmemente incluir el consumo de drogas. Hubo también preocupación acerca de la intención de la pregunta, ya que implicaba que alguien que bebe en exceso era necesariamente un caso a tener en cuenta. Los participantes creyeron que el elemento más importante aquí era si los hábitos de consumo de alcohol o de drogas afectaban negativamente o no a los pacientes mayores. También se señaló que la persona causante de maltrato por consumo de sustancias *no* necesariamente debería vivir con la persona mayor para maltratarla, por lo que la primera frase era redundante.

Algunos participantes se mostraron también muy preocupados por los efectos de la adicción al juego, ya que se señaló que era una realidad en Melbourne y que podía llevar al abuso económico, psicológico y físico. Coincidieron en que sería positivo incluir en la pregunta estos tres elementos de riesgo: alcohol, drogas y juego. Las principales cuestiones relativas a la formulación se centraron en completar más la pregunta. Se sugirió lo siguiente:

¿Vive usted con (tiene contacto con) alguien que consume alcohol o drogas de manera que le causa problemas a usted?

¿Hay alguien que usted conoce que consume alcohol, drogas o que tiene adicción al juego de manera que le causa problemas a usted?

Pregunta 11: Se consideró una pregunta muy importante. Sin embargo hubo ciertas reservas en cuanto a su redacción. Algunos médicos pensaron que rehusarían hacer esta pregunta salvo que pudieran observar alguna evidencia física de maltrato o síntomas de ansiedad o depresión. En esta pregunta faltaban algunas cuestiones importantes sobre amenazas de maltrato físico y empleo de control mediante fármacos. Los participantes también señalaron que era un tanto ambigua porque podría incluir daño accidental (como una caída o contusión al trasladar a alguien a una silla de ruedas o al cuarto de baño) así como daño intencionado (mostrarse rudo o violento de forma intencionada).

También se citaron los hallazgos de la investigación en el sentido de que las personas mayores se sienten avergonzadas y excusan el comportamiento de sus familiares. La experiencia del maltrato influirá en cómo lo describen las personas.

Por otra parte, las enfermeras a domicilio han visto ejemplos de mujeres que habiendo sufrido maltrato físico durante toda su vida buscaban luego el castigo en la figura del cuidador. Este tipo de dilemas sólo podrían comprenderse si el médico u otro profesional sanitario conociesen algo de las circunstancias domésticas así como de los antecedentes tanto del paciente como del cuidador.

Se consideró que la pregunta era demasiado compleja y algo redundante. Se estimó que la idea de "impedido moverse con libertad" ya estaba incluida en la pregunta 6 en referencia a impedir a alguien que haga cosas o que vea a personas. No obstante, si se mantenía, debería reformularse como "le impidió de alguna manera" o "le impidió desplazarse" o "le encerró". Se hicieron también sugerencias para simplificarla en su conjunto:

¿Ha sido (recientemente) agredido físicamente por alguien en quien usted confiaba?

¿Alguien le ha pegado, empujado o impedido trasladarse?

Pregunta 12: Todos coincidieron también en que se trataba de una cuestión muy importante. Podría relacionarse con maltrato físico, pero se consideró más apropiado mantenerlo como una pregunta aparte. Sin embargo, al igual que en la mayoría de las preguntas comentadas, se necesita tener cierta confianza con el médico, y existe además la posibilidad de deterioro cognitivo en la persona mayor, en el responsable de los malos tratos o en ambos.

Algunos de los médicos consideraron que comenzar la pregunta indicando un período de tiempo, como *“Durante los últimos años...”*, podría ayudar a descartar sucesos que ocurrieron hace décadas. Si la respuesta es afirmativa, los médicos necesitarían realizar un seguimiento mediante preguntas sobre la duración y gravedad de cualquier abuso sexual que se notifique.

Los médicos no vieron necesaria la segunda parte de la pregunta (*¿se trató de una acción aislada o no?*). El simple hecho de que haya podido tener lugar ese tipo de abuso conllevaría realizar una entrevista más amplia con el paciente.

Los participantes deseaban suprimir la expresión *“de manera que a usted no le gustó”*. Les resultaba redundante debido al término *“no deseado”*. De igual modo, se consideró que *“insinuaciones”* era más apropiado para Australia que *“propuestas”*. Las enfermeras también recomendaron aclarar la expresión *“le ha tocado”* añadiendo *“partes de su cuerpo”*, haciendo así más implícito el ámbito sexual.

Para el contexto de Australia se recomendó la siguiente opción:

¿Alguien ha tocado partes de su cuerpo de modo que a usted no le gustó o le hizo insinuaciones sexuales?

Pese a que el abuso sexual era una cuestión presente y sería para las personas mayores de Australia, varios de estos profesionales de Atención Primaria avisaron del peligro de que personas no formadas pudieran preguntar respecto a este tipo de asuntos delicados. Por ello, al realizar las preguntas 11 y 12 se debería disponer de servicios apropiados de formación y de derivación.

Las doce preguntas valoradas en conjunto:

Globalmente, **se abarcaban todos los aspectos clave del maltrato hacia las personas mayores, pero la mayoría de ellas debían ser reformuladas o simplificadas** y algunas podían suprimirse.

Se mencionaron algunas cuestiones que faltaban:

- Los factores de riesgo relacionados con consumo de drogas por familiares o cuidadores.
- Amenazas de violencia física –que podría añadirse a la pregunta 11.
- Control de la medicación –dar a una persona mayor una medicación inapropiada o excesiva, lo que se relaciona con las preguntas 6 y 11.
- No cubrir las necesidades de la persona (es decir, negligencia), como en la pregunta 4.
- La participación social y la implicación en la toma de decisiones mediante el control de la autonomía –esto podría recogerse en las preguntas 3, 4, 6, 8 y 11.

Se comentaron diversos temas generales:

Varias enfermeras pensaron que la realización de las doce preguntas por parte del médico llevaría más tiempo que los 10-15 minutos habituales de consulta. Las enfermeras y los trabajadores sociales suelen realizar las valoraciones y planes de cuidados comunitarios, más que los médicos de Atención Primaria. No obstante, los médicos no consideraron un inconveniente el coste añadido para los pacientes y el problema del tiempo.

Se indicó que el profesional sanitario necesitaba determinar primero si había **deterioro cognitivo en la persona mayor**, lo cual afectaría a la capacidad para contestar directamente a cualquiera de estas preguntas. Una cuestión relacionada era la **aplicación ética de este tipo de cuestionario**. ¿Debería emplearse sólo en personas mayores que mantienen un contacto seguido con el mismo médico? ¿Es peligroso emplearlo en una persona mayor que se ha visto sólo una vez, como en el servicio de urgencias hospitalario o en consultas externas? ¿Cuáles son los **siguientes pasos para los médicos/enfermeras** si sospechan maltrato? ¿Qué organismos son los más apropiados para hacer la remisión?

Varios médicos sentían preocupación por tener que **hacer estas preguntas en presencia de un cuidador** que podría ser el responsable de los malos tratos. También se mencionó que los cuidadores podrían ser objeto de maltrato por parte de la persona mayor.

Algunas de las preguntas están formuladas en presente (“¿Tiene usted...?”) y otras en pasado (“¿Alguien en alguna ocasión...?”). Convendría que hubiera **coherencia en el marco temporal**. ¿Deberían centrarse las preguntas en el presente o en una situación reciente más que en algo que pudo suceder 10 o 20 años atrás?

Grupos de trabajo:

1. Grupo de trabajo con trabajadores sociales

Los seis participantes (cinco mujeres y un hombre) eran trabajadores sociales con experiencia, que trabajaban en hospitales públicos en áreas urbanas y periféricas, en la Administración local y en servicios sanitarios y comunitarios, tratando con personas mayores de 65 años.

Varios de ellos mostraron su preocupación de que, pese a las evidencias de que se estaba reconociendo el maltrato hacia las personas mayores como una cuestión importante en la comunidad, el interés del Gobierno y la concienciación pública sobre este problema creciente disminuía. Otros reconocieron el aumento en las expectativas hacia los cuidadores y por tanto el mayor estrés de estos cuidadores.

Además de las categorías de maltrato mencionadas en la definición empleada en el proyecto de la OMS-CGI, los ejemplos concretos de maltrato en su experiencia de trabajo social son:

- **Toma de decisiones por familiares en nombre de la persona mayor.** Ello incluye, por ejemplo, presionar sutilmente para que no se venda la casa familiar.
- **Utilizar expectativas culturales y “modos aceptados de hacer las cosas” para justificar la toma del control y hacer que sea “correcto” golpear o maltratar a la persona mayor.**
- **El miedo al maltrato puede ser una gran fuerza de control**, no sólo cuando ha habido amenazas en el pasado, sino también cuando se perciben amenazas de otras personas.
- **Ocultar información, bien como castigo o para obtener provecho de la persona mayor.**

Respecto a la formación de los participantes y su situación laboral, parecía que los centros en los que trabajaban disponían de políticas y/o de algunos procedimientos relativos al maltrato hacia personas mayores, pero **las respuestas de dichos centros no eran necesariamente estandarizadas, sistemáticas o estaban actualizadas**. En ninguno de los centros se ofrecía formación obligatoria, aunque se pensó que en algunos podían incluirse ejemplos de maltrato a personas mayores dentro de una formación más general.

Las actuaciones que pueden realizar los trabajadores sociales incluyen informar de la legislación existente y dependen del grado de apoyo y de otros recursos disponibles.

Respecto al **Formulario de Evaluación de Trabajo Social**. Este es mucho más completo y detallado que las **herramientas de valoración empleadas actualmente** en los centros donde trabajan los participantes. En conjunto, sus **perspectivas sobre la utilidad del formulario fueron diversas**. El siguiente debate identifica primero los aspectos positivos del formulario y trata después los aspectos problemáticos:

Los participantes consideraron que el formulario era **muy completo** e incluía muchos factores que los trabajadores sociales deben conocer. **Podría servir como una muy buena herramienta de consulta** para ayudar a los trabajadores a pensar en indicadores de las distintas áreas del posible maltrato. A este respecto, sería un buen medio de formación. Hubo satisfacción general respecto a la amplitud de las áreas tratadas y no faltaban asuntos o secciones importantes.

Sin embargo, los trabajadores sociales pensaron que **el formulario sería muy difícil de realizar**. Coincidieron en que la **extensión y comprensibilidad** del formulario ofrecía dificultades prácticas y teóricas. Puede que las personas mayores no comprendan del todo lo que está sucediendo –cognitiva, emocional o intelectualmente–. Además, consideraron que el problema clave con el formulario era la **dificultad de obtener respuestas sinceras** a muchas de las preguntas (por ejemplo, la pregunta 51). Para que sea realmente útil **se necesitaría una relación muy sólida y de confianza** con la persona mayor, algo que sólo se puede construir con el tiempo. Por estos motivos se hicieron varias sugerencias:

- El formulario podría **emplearse en diversas visitas** o durante un período de tiempo una vez que se establece confianza.
- **Se debería realizar de manera individual**, en función de las circunstancias particulares de la persona mayor. Sólo deberían emplearse las partes que interesan al trabajador social para establecer la sospecha, por ejemplo las relativas a abuso económico o a abuso sexual.

Los trabajadores sociales indicaron dos cuestiones más generales respecto al formulario de evaluación:

- **¿Cómo se relaciona el formulario con un plan de intervención?** Se sugirió que, junto con el formulario, hubiera un manual con información sobre evaluación e intervención.
- **Problemas de realizar excesivas evaluaciones a las personas.** Se señaló que se estimula a minimizar el número de herramientas de valoración en el trabajo social, de modo que diferentes personas no realicen una y otra vez las mismas preguntas al mismo individuo.

2. Grupo de trabajo con trabajadores sociales y profesionales de Atención Primaria

El grupo de trabajo del manual de la OPS lo formaron tres mujeres y dos hombres. Los cinco participantes tenían experiencia con personas mayores que habían sido objeto de violencia. Sus ámbitos de trabajo eran bastante variados, desde el hospital público, centros sanitarios de la comunidad y de atención a mayores, hasta centros de ayuda para violencia doméstica y agresión sexual.

En general los participantes coincidieron con la definición de la OMS/CGI sobre maltrato hacia personas mayores, pero pensaron que **las soluciones eficaces necesitan centrarse a menudo en el responsable de los malos tratos** (familiares/cuidadores) más que únicamente en la persona mayor. Añadirían las siguientes categorías de maltrato:

- **Abandono e institucionalización**, es decir, empleado como amenaza o como verdaderas formas de controlar a la persona mayor.
- **Violencia doméstica o de género**, es decir, la continuación de la violencia hacia la mujer durante su vejez, generalmente por la pareja u otro familiar.
- **Toma de decisiones de la familia** en nombre de la persona mayor.
- **Motivos económicos y codicia de la familia.**
- **Emplear el miedo al maltrato o al abandono como forma de control.**

Se indicó que los servicios hospitalarios y sociales donde trabajaban los participantes tenían políticas y procedimientos relativos a maltrato hacia personas mayores. Sin embargo, la formación del centro no era oficial, estanda-

rizada, sistemática ni obligatoria. Se consideró que dependía en gran parte del profesional de Atención Primaria mantenerse al día en estos aspectos y prácticas. No obstante, los centros de asesoramiento y actividad y departamentos locales gubernamentales estaban ofreciendo a los profesionales de la atención comunitaria formación específica sobre violencia doméstica y agresión sexual.

No existen guías oficiales sobre maltrato hacia personas mayores para profesionales de Atención Primaria. Los médicos no trabajaban en sus consultas privadas o clínicas con manuales o guías, pero evaluarían a un paciente mayor de manera general y le remitirían a trabajo social, a servicios que evalúen el cuidado de la persona mayor o a otros servicios de Geriátrica estatales o médicos si hubiera alguna sospecha de maltrato. No obstante, se indicó que no existe ese tipo de documentos y que todos los trabajadores sociales son muy conscientes de ello.

Comentarios acerca del manual de la OPS (47):

1. Definición del problema

En esta sección deberían añadirse algunos detalles para hacer el manual totalmente eficaz:

- Una sección aparte para definir el *abuso sexual*.
- El maltrato físico debería incluir “tratamientos o intervenciones médicas forzadas”.
- Podría separarse el *maltrato emocional* del *psicológico*. Las definiciones de maltrato emocional deberían centrarse más en las consecuencias para la víctima, como la ansiedad, depresión, tristeza y soledad; el maltrato psicológico debería incluir también “limitar los recursos de una persona” (dinero, vivienda, etc.).

2. Bases del diagnóstico

2.1. Factores de riesgo

En “Factores de riesgo en la familia” se sugirió que faltaba un conjunto principal de factores relativos a diversos tipos de **vulnerabilidad en la persona mayor**, como la **discapacidad, demencia, enfermedad o fragilidad**. Otros eran los **fallos en el comportamiento del cuidador**, como la falta de responsabilidad o la codicia.

En “Factores de riesgo en instituciones y Residencias públicas” hubo preocupaciones acerca de los **ratio de personal-paciente**, ya que en los centros acreditados sólo era obligatorio contratar personal médico y no había obligatoriedad respecto a otro personal auxiliar. También podría mencionarse la **masificación** y la **falta de servicios comunitarios y sociales**.

2.2. Diagnóstico del problema

El consejo general del manual de la OPS es que “el médico realice un examen minucioso del paciente, mediante examen físico y entrevista privada” –seguido de las detalladas indicaciones sobre maltrato en la Tabla 1.2–. Este enfoque se estimó en gran medida poco factible porque no consideraba a los médicos de Atención Primaria “el primer punto de contacto” para las cuestiones de maltrato hacia personas mayores, debido a su falta de tiempo o de formación, al ámbito de sus consultas y a su reticencia a participar. Los puntos de contacto serían la Administración local, los distritos de enfermería y los servicios de atención a personas mayores.

Figura 1.1. Guía diagnóstica sobre maltrato y negligencia hacia personas mayores

Este diagrama de “guía diagnóstica” tuvo diversas limitaciones o problemas legales que la harían bastante poco factible en Australia:

- Supone que la persona mayor tendrá síntomas físicos de maltrato, lo que con frecuencia no es el caso.

(47) Los números se refieren a las secciones en el manual de la OPS (Manual PAHO).

- Supone que el médico conozca y tenga la historia clínica del paciente, cuando las personas suelen ver a varios médicos o acuden a servicios de urgencias hospitalarios.
- Supone que es evidente la relación conflictiva con el familiar o cuidador, lo que a menudo no sucede.
- No se mencionan las diferencias culturales o la necesidad de que haya traductores.
- No hay un procedimiento a través del cual los médicos deban pedir permiso antes de tocar a los pacientes mayores –esto es especialmente importante en casos de agresión sexual a mujeres mayores.

3. Bases para el tratamiento

Figura 1.2. *Guías de tratamiento*

Hubo similares reservas acerca de la utilidad de este diagrama:

- Tenían un enfoque **demasiado médico**. El empleo del término “tratamiento” hace que el maltrato hacia las personas mayores parezca una enfermedad, cuando es un síndrome social con muchas facetas. Debería centrarse en eliminar o disminuir el daño que causa el responsable de los malos tratos a la persona mayor.
- Las derivaciones deberían realizarse a un hospital o a un departamento de trabajo social comunitario, a un equipo que evalúe el cuidado a personas mayores o en algunos casos a la policía o a servicios de urgencias. Los profesionales sanitarios no estarían por tanto necesariamente involucrados en “órdenes judiciales de protección”.
- Se consideró que era esencialmente un modelo de crisis, cuando el control y la prevención también son importantes, y si es posible, ayudar modificando las circunstancias en la vida de la persona mayor, o reeducando o sustituyendo al cuidador responsable de los malos tratos.

Figura 1.3. *Actuación*

Centrarse en la educación de la víctima no se consideró tan útil como remitirlo a servicios de rehabilitación, educación o de corrección. De igual modo, se prefirió que se ofreciesen “opciones” o “ayuda” en vez de “intervenciones”, ya que la intervención parecía suprimir la ayuda proporcionada a la persona mayor.

Aparte del hecho de que no había un sistema global de “servicios de protección a las personas mayores”, en la figura 1.3 no se mencionaba adecuadamente un aspecto importante como era **conseguir la seguridad de la víctima** –sobre todo en pacientes sin capacidad para decidir por sí mismos la aceptación de servicios–. También se señaló la necesidad de valorar toda la situación en conjunto y no un acontecimiento aislado.

Respecto a la sección 4 (“Puntos clave para recordar”), los participantes indicaron que el maltrato hacia personas mayores en todas sus formas es de hecho bien conocido por los profesionales sanitarios de Australia. No obstante, debido a la **limitación de fondos**, con frecuencia no hay servicios suficientes para apoyar intervenciones tanto hacia la víctima como hacia el responsable de los malos tratos.

Los participantes concluyeron que el manual de la OPS no era apropiado en el ámbito de Australia por los siguientes motivos:

- No hay una adecuada definición de todas las formas de maltrato (es menos completa que a lo que acostumbra en Victoria).
- Tiene un enfoque médico bastante simplista que se centra demasiado en los síntomas físicos.
- Parece ser básicamente un “modelo de crisis”.
- En Australia no hay “servicios de protección al adulto” ni obligación de informar sobre maltrato hacia personas mayores.

- En Australia hay un gran conocimiento de todas las facetas del maltrato a las personas mayores y los profesionales sanitarios realizan una evaluación más completa que la que aquí se plantea.
- A menudo no será un médico o una enfermera quienes evaluarán o ayudarán a la víctima del maltrato. Los servicios de ayuda a las personas mayores son complejos y están interrelacionados.
- No se aboga por ofrecer a los profesionales sanitarios formación y recursos relativos al maltrato a personas mayores.
- Supone que el médico conozca y disponga de la historia clínica del paciente, cuando las personas suelen ver a varios médicos o acuden a servicios de urgencias hospitalarios.
- Supone que es evidente la relación conflictiva con el familiar o cuidador, lo que a menudo no sucede.
- No se mencionan las diferencias culturales o la necesidad de que haya traductores.

Resumen del informe de Brasil

No fue hasta finales de los años noventa cuando aparecieron en Brasil los primeros estudios sobre maltrato hacia personas mayores. En 1997 se realizó un estudio en cuatro Estados del país (Río de Janeiro, Minas Gerais, Sao Paulo y Paraná), reproduciendo un estudio en Argentina sobre cómo veían las personas mayores (más de 60 años) este problema. Los resultados mostraron que este tema era percibido sobre todo como un maltrato social y abandono por parte de las familias (48). Posteriormente, en 1998, hubo diversos informes sobre mortalidad en personas mayores por causas externas (es decir, víctimas de violencia). En el Estado de Río de Janeiro, por ejemplo, entre las personas de 60 o más años la violencia es la sexta causa más común de mortalidad, incluyendo los accidentes de tráfico en los hombres y las caídas en las mujeres (49). Se realizó otro estudio (50) sobre morbilidad debida a violencia en dos servicios de urgencias hospitalarios de Río de Janeiro. En un mes, de los 5.151 casos notificados, 384 eran de personas de 60 o más años. Las caídas fueron la primera causa de ingreso, representando un 60 % el total.

En Brasil todavía no hay publicado ningún estudio de prevalencia de maltrato hacia personas mayores, aunque los datos de algunos servicios brasileños de protección al adulto han confirmado los hallazgos mencionados al comprobar los informes de quejas sobre transporte público, accidentes y caídas en las calles, muertes por atropello y accidentes de tráfico (SOS/RJ, 1992; SUS, 2001).

Los elevados índices de desempleo junto con los altos índices de divorcios hacen que los adultos regresen al hogar de sus padres. Bastantes de ellos se vuelven los cuidadores de sus padres y dependen económica y afectivamente de ellos. Aumenta el riesgo de que la persona mayor sea objeto de maltrato, sobre todo cuando es la única fuente de ingresos.

La falta de servicios estatales apropiados de atención sanitaria para las personas mayores y la falta de apoyo social suponen una carga para muchas familias brasileñas. En consecuencia, las mujeres necesitan trabajar para contribuir en los ingresos familiares, pero deben además cuidar de sus padres dependientes.

Teniendo en cuenta la realidad descrita a la que se enfrentan las personas mayores en la sociedad brasileña, es evidente que se necesita realizar este tipo de estudios.

(48) Machado, L., *et al.* Comunicación presentada en el XVI Congreso Mundial de Gerontología. Adelaida, 1997.

(49) Souza, *et al.* Extremo da vida sob a mira de violencia: mortalidade de idosos no Estado do Rio de Janeiro. *Gerontologia*, 6 (2): 66-73, 1998.

(50) Souza *et al.* La morbilidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergencia em dos hospitales públicos de Rio de Janeiro. *Cuadernos Médico Sociales*, 76, noviembre: 66-73, 1998.

Grupos focales:

Se realizaron siete grupos focales –cuatro con profesionales sanitarios y tres con personas mayores– y dos grupos de trabajo con médicos y trabajadores sociales. Los grupos tuvieron lugar en Río de Janeiro. Los criterios de inclusión para las personas mayores fueron tener 65 o más años, sin deterioro cognitivo y estar alfabetizados. Para los profesionales sanitarios, el criterio de inclusión fue estar trabajando en Atención Primaria. El mayor obstáculo para conformar el grupo fue que los médicos de Atención Primaria, que ven una media de veinte pacientes al día, debían ausentarse del trabajo para tomar parte de este estudio.

1. Grupos focales con personas mayores

En los grupos focales participaron 23 personas mayores, divididas en tres grupos, uno de hombres ($n = 7$), uno de mujeres ($n = 8$) y un grupo mixto ($n = 8$), que vivían en zonas urbanas o periféricas. El 96 % hablaban portugués como lengua materna y el 4 % restante hablaban español.

La mayoría de **los participantes no comprendían claramente el propósito de este estudio**. Muchos pensaron que debían responder a las doce preguntas, y por tanto no podían extrapolar si la pregunta era importante y/o si era comprensible. En general se comentó que **las preguntas deberían redactarse de forma simple, breve y directa**. Además, se mencionó que algunas preguntas, como la 1 y la 12, requerían una relación de confianza; en caso contrario, no se responderían con sinceridad.

Las personas mayores seleccionaron como **las más importantes las preguntas 4, 5 y 7** (en el mismo rango), y la **3 y 6** (en el mismo rango) (por orden de interés).

Pregunta 3: Se consideró que era importante pero excesivamente larga. Además, debería explicarse con más detalle la expresión “actividades de la vida diaria básicas”, ya que de lo contrario no sería entendida por la mayoría de las personas mayores. Se podría sustituir por “necesidades o actividades diarias/que necesita cada día”, o podría completarse con algunos ejemplos como “lavar su ropa”, “bañarse/ducharse” o “preparar la comida”. Se sugirió reformular la pregunta:

En su vida diaria/de cada día, ¿necesita que alguien le ayude?

Pregunta 4: Se vio que la pregunta se explicaba por sí misma pero que tendría que dividirse debido a su extensión.

Pregunta 5: Se estimó que el tema era de mucho interés, pese a su extensión y a que era repetitivo. Los términos “tristeza”, “miedo”, “ansioso” o “infeliz” se refieren a emociones diferentes y pueden crear confusión. Se sugirió reformular la pregunta:

¿Alguien le ha gritado o le ha hablado de un modo que a usted no le gustó?

Pregunta 6: Aunque se escogió esta pregunta como una de las cinco más relevantes, algunos participantes consideraron que “aprovecharse de” es algo habitual en el contexto brasileño y por tanto el médico no debería molestar en hacer la pregunta. Otra opción sería preguntar:

¿Siente que alguien está aprovechándose de usted?

Pregunta 7: Los participantes consideraron que ésta era una de las preguntas más importantes (a diferencia de los profesionales de Atención Primaria, que dudaron del interés de este tema), ya que en el contexto brasileño se suele admitir que la persona mayor contribuya a los ingresos familiares con su dinero. La expresión “que dependa económicamente” debería sustituirse por “¿Hay alguien que dependa de su dinero o que necesite su dinero?”. Las preguntas consideradas menos importantes fueron la número 2, 10 y 12.

2. Grupos focales con profesionales de Atención Primaria

Participaron en el estudio 38 profesionales sanitarios que trabajaban en Atención Primaria. Respecto a su formación, 28 eran médicos y 10 eran trabajadores sociales. El 85 % de estos profesionales eran mujeres y el 15 % hombres. La mayoría de ellos vivían en zonas urbanas (92 %) y el resto en áreas periféricas.

Los médicos escogieron **las preguntas 4, 11, 5, 8 y la 12 y 6** (en el mismo rango) como **las más relevantes** (por orden de interés).

Pregunta 4: La pregunta explica lo que son las necesidades básicas diarias. Resultaba difícil de entender “espacio vital adecuado”, que podría sustituirse por “lugar para vivir”. En cuanto a la segunda parte de la pregunta, podría simplificarse la expresión “acción aislada” empleando la forma “sucedio en más de una ocasión”.

Pregunta 5: Es una pregunta muy importante que, no obstante, debe simplificarse. Debería sustituirse “de forma injustificada” por la expresión “sin ningún motivo”. Se sugirieron las siguientes variantes:

¿Alguien cercano a usted le gritó o le habló de un modo que a usted no le gustó, o le hizo sentirse triste, avergonzado o con miedo?

¿Hay alguien en su casa que suele gritarle, o que pierda su paciencia o muestre mal genio hacia usted?

Pregunta 6: Contiene tres aspectos diferentes, por lo que debería reformularse y dividirse, ya que todos los temas son importantes: 1) obtener provecho de alguien; 2) impedir que alguien haga cosas que son importantes para su bienestar, y 3) entrometerse para que la persona no vea a quienes desea ver. Debería sustituirse “bienestar” por “sentirse bien” o “cosas que desea hacer”.

Pregunta 8: La mayoría de los participantes consideraron que era oportuna y que estaba bien formulada.

Pregunta 11: En el contexto brasileño la idea de “libre movimiento” no siempre es factible. Vivir en una *favela* (51) conlleva a menudo que casi todas las personas –no sólo las personas mayores– vivan con restricciones de movimiento, ya que los narcotraficantes y las bandas controlan la vida de la comunidad.

Se consideró que “moverse con libertad” era una expresión difícil de entender. También debería sustituirse “físicamente”, por ejemplo, por “¿Alguien le ha pegado alguna vez?” o “¿Alguien le ha asaltado, golpeado o empujado?”. Se hicieron algunas sugerencias para reformular toda la frase:

¿Alguien en alguna ocasión le ha pegado, empujado o impedido entrar o salir de su casa?

¿Alguien le ha asaltado físicamente, por ejemplo, le ha pegado, empujado o impedido que usted saliera de su casa?

Pregunta 12: Los médicos consideraron importante esta pregunta, pero lo era menos para las personas mayores. Quienes la consideraban oportuna pensaron que la redacción debería ser más clara y que debería preguntarse directamente a la persona mayor si había sufrido abuso o acoso sexual. Debería evitarse la expresión “propuestas no deseadas”. Se sugirió incluir el término “recientemente”, ya que el suceso podría relacionarse con una etapa anterior de la vida.

Los participantes estimaron que podrían eliminarse las preguntas 2, 3, 7 y 10.

En un análisis comparativo de los resultados de todos los grupos se consideró que las preguntas 4, 5, 11, 8 y 6 eran las más relevantes.

Grupos de trabajo:

1. Grupos de trabajo con trabajadores sociales

Los trabajadores sociales que asistieron mostraron su interés en el tema del maltrato hacia personas mayores, ya que se enfrentan a un gran número de casos en su profesión. **La prestación de ayuda no sigue ningún protocolo o sistema establecido** ni los participantes reciben formación concreta en maltrato a personas mayores. La mayoría emplean su experiencia y formación profesional en el área de la violencia doméstica (mujeres y niños) y la adaptan a su trabajo con personas mayores. Otros factores agravantes son la falta de herramientas estandarizadas, dificultades en el seguimiento de los casos y el insuficiente compromiso por parte del Gobierno.

(51) Nombre que se emplea en portugués de Brasil para denominar a los barrios de chabolas.

La entrada en el sistema se realiza casi siempre a través del médico, lo que hace más difícil detectar el maltrato a personas mayores debido a la falta de conocimiento en los profesionales de Atención Primaria.

La mayoría de los trabajadores sociales participantes ven **el maltrato hacia personas mayores como un factor social y cultural**, debido a la cultura predominante de indiferencia y de falta de respeto hacia las personas mayores, que se expresa en los fallos en las políticas públicas sanitarias, sociales y económicas.

Los factores de riesgo culturales de maltrato a personas mayores en un área urbana de Brasil son los **familiares que trafican con drogas**. Vivir en una *favela* también aumenta el grado de vulnerabilidad debido al entorno violento provocado principalmente por el tráfico de drogas. Junto con el impedimento del libre movimiento, estos factores contribuyen a un mayor aislamiento de la persona mayor y previenen la actuación cuando hay sospecha de maltrato.

En el contexto brasileño no se consideró útil el *Formulario de Evaluación de Trabajo Social* debido a su extensión. La mayoría de las consultas en sus centros/instituciones tienen una duración establecida; una consulta de trabajo social dura un máximo de 30 minutos. Se consideran importantes las preguntas 54, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65 y 66. Con el objeto de evaluar el maltrato se debería preguntar a la persona mayor sobre sus condiciones de vida, dinámica de la familia, adicciones de cualquier familiar, nivel de dependencia física y económica de cualquier familiar y sobre aislamiento social y emocional.

Los trabajadores sociales también comentaron sobre la batería de doce preguntas y consideraron que la 4, 5, 6 y 8 eran las más importantes (52).

2. Grupo de trabajo con trabajadores sociales y profesionales de Atención Primaria

Los participantes vieron el maltrato como una cuestión sanitaria y social, ya que ambas están interrelacionadas. **El maltrato psicológico, la negligencia y el abandono son más frecuentes que el maltrato físico**. Varios mencionaron la relación entre cultura, educación y maltrato a personas mayores: *“Se debe aprender a respetar a las personas mayores”*.

Aunque Brasil dispone, mediante el *Decreto de las Personas mayores*, de una ley que obliga a denunciar cuando hay una sospecha o un caso demostrado de maltrato a personas mayores, es evidente la falta de formación y de directrices en los diversos estamentos de los profesionales sanitarios. Algunos de ellos afirmaron que podían identificar maltrato físico pero que con frecuencia no sabían cómo seguir la sospecha. Aunque los trabajadores sociales destacaron la implicación de esta ley (obligatoria), los médicos mostraron su preocupación sobre su propia seguridad.

Los participantes consideraron que el manual de la OPS era demasiado extenso pero que podría emplearse si se reducía y adaptaba a la realidad de Brasil. Al no disponerse de directrices, este manual podría aumentar la conciencia entre los profesionales de Atención Primaria. Concluyeron que es fundamental tener una herramienta que permita a los médicos de Atención Primaria identificar maltrato y negligencia hacia personas mayores, ya que permitiría realizar una actuación rápida y de choque en todo el mundo. No obstante, dada la difícil realidad de los profesionales sanitarios en Brasil –debido a que el médico de Atención Primaria tiene competencias distintas y al corto período de consulta–, recomendaron dos versiones distintas del protocolo: una para aumentar la sospecha de maltrato, que incluye cinco preguntas, y otra más completa como herramienta de seguimiento.

Resumen del informe de Chile

El maltrato hacia las personas mayores en Chile es un problema social que sucede tanto en el ámbito doméstico como en el institucional. La tasa estimada de prevalencia es del 30 %.

(52) Estos resultados no están incluidos en los hallazgos en el Capítulo 3.2, ya que sólo en los grupos de Brasil se debatieron estas preguntas con trabajadores sociales.

Grupos focales:

1. Grupos focales con personas mayores

Hubo dos grupos focales con personas mayores, que se realizaron en la zona metropolitana de Santiago. Los participantes de ambos grupos (grupo 1: sólo mujeres, edad media de 75 años; grupo 2: mixto, edad media de 70 años) tenían un nivel socioeconómico medio-bajo.

Las personas mayores no comprendieron la idea de comentar las preguntas, pero compartieron sus experiencias en relación a cada tema. Se destacó que **el aislamiento supone un mayor riesgo de sufrir maltrato**. Pertenecer a un grupo de jubilados es un buen factor de protección, no sólo para evitar el aislamiento sino para compartir consejos e información importante sobre los derechos de las personas mayores.

Las formas habituales de maltrato son la **privación de la comida** y la **carga del cuidado de los niños**. A menudo se obliga a las personas mayores a cuidar de sus nietos. Intentan defenderse con fuerza porque temen que sus hijos les "institucionalicen". **Con frecuencia los hijos causan el maltrato a las personas mayores**.

2. Grupos focales con enfermeras

Los grupos focales con profesionales de Atención Primaria consistieron en 24 enfermeras procedentes de diferentes servicios del área metropolitana. Se contactó con médicos para que participasen en los debates, pero no accedieron por problemas de tiempo. En el contexto chileno, las enfermeras son los profesionales sanitarios que atienden a las personas mayores cuando llegan a la consulta, y es por tanto el grupo profesional más indicado para participar.

Hubo dos grupos focales con nueve participantes en cada uno; seis enfermeras compartieron sus comentarios por escrito. Antes de acudir al debate, cada enfermera realizó las doce preguntas a diez pacientes ancianos.

Los profesionales escogieron las **preguntas 4, 5, 8, 9 y 11** como **las más relevantes**:

Pregunta 4: Se consideró muy oportuna. No obstante, su formulación no es adecuada, ya que es demasiado extensa y debe ser más concreta. Los términos como "espacio vital adecuado" y "dispositivos de ayuda" son excesivamente técnicos. Además, se mezclan las necesidades básicas como la comida con necesidades instrumentales (por ejemplo, audífonos). Para simplificar la formulación, podría redactarse así:

¿Alguien le ha privado de comida, ropa o un hogar para vivir?

¿Siente que alguien le ha privado intencionadamente de elementos básicos como la ropa y los medicamentos?

Pregunta 5: Es muy importante para detectar maltrato psicológico, teniendo en cuenta el elevado índice de maltrato psicológico en el ámbito familiar. Sin embargo se consideró que era demasiado extensa y confusa. Se hicieron las siguientes sugerencias para simplificarla:

¿Siente que alguien cercano a usted le ha maltratado verbalmente?

¿Le gritan en su casa?

¿Algún familiar le ha tratado mal, gritado o elevado la voz, ha empleado palabrotas o le ha avergonzado?

¿Alguien cercano a usted le habló de un modo que le molestó?

Pregunta 8: Puede combinarse esta pregunta con la número 6.

Pregunta 9: Esta pregunta divide a los participantes. Unos piensan que es esencial porque aborda el alcoholismo, que es una de las principales causas de violencia en la familia. Otros consideran que es muy subjetiva porque cada uno tiene un umbral diferente para definir el alcoholismo. Algunos miembros de organizaciones religiosas creen que beber es en sí irracional. Otros, que tienen problemas con la bebida, estiman razonable cualquier cantidad.

Pregunta 11: Se consideró muy importante porque habla del maltrato físico. Se sugirieron algunas opciones:

¿Alguien le ha pegado, empujado o maltratado?

¿Alguien le ha pegado y/o empujado en su casa?

Se pueden suprimir las preguntas 2, 6 y 7.

Conclusiones:

Las preguntas pueden emplearse como base para un instrumento aplicable en el contexto chileno. Sin embargo, deben simplificarse y acortarse; de lo contrario, no se comprenderán bien. Por ello es importante emplear algunos ejemplos que ayuden a ilustrar las preguntas y abordar en cada tema un único aspecto. Algunos profesionales de Atención Primaria parecen estar familiarizados sólo con el maltrato físico. Las preguntas deberán por tanto dirigir su atención a otros tipos de maltrato.

Grupos de trabajo con trabajadores sociales

Ocho trabajadores sociales asistieron y debatieron sobre cuestiones de maltrato hacia personas mayores y sobre el Formulario de Evaluación de Trabajo Social.

En Chile, la comunidad informa de **muchos casos de abandono**. El maltrato a personas mayores sucede no sólo dentro de la familia sino a escala social, ya que son el grupo más vulnerable en la sociedad, con frecuencia discriminados y con una connotación negativa. **Las personas mayores no tienen un grupo representativo fuerte** en el ámbito público. Las normas legales y los mayores recursos financieros podrían mejorar su situación de aislamiento.

Además, no hay protocolos específicos para el maltrato a personas mayores ni herramientas de formación y evaluación que se ofrezcan en las instituciones donde trabajan los participantes.

El formulario se considera largo pero completo, y podría emplearse como herramienta de evaluación. Se sugirieron las siguientes adaptaciones para hacer el formulario aplicable a la realidad chilena. Se podría omitir la parte introductoria (hasta la pregunta 19), ya que esta información está disponible por otros medios, como la historia clínica. Además, deben revisarse algunas secciones concretas:

- Relación con los nietos: algunas personas mayores tienen 30-40 nietos. Es difícil referirse a todos ellos.
- Categorías de vivienda: añadir la categoría de “allegados” (familias sin hogar que viven en un hogar para familias).
- Dependencia: esta sección debería también tener en cuenta que la dependencia de las personas mayores hacia alguien puede llevar a un comportamiento de maltrato.
- ¿Cómo tratar casos de personas mayores con deterioro cognitivo?

Resumen del informe de Costa Rica

En 1994 las autoridades sanitarias de Costa Rica declararon la violencia doméstica como una de las catorce prioridades sanitarias, definiéndola como un problema de salud pública. Uno de los retos surgidos ha sido articular una política que afronte el maltrato hacia las personas mayores y que aumente la conciencia pública sobre esta cuestión. Al igual que en muchos otros países, no hay datos concretos de prevalencia de maltrato hacia personas mayores y deben extrapolarse de estudios enfocados en otros temas. En un estudio realizado en 1996 (53) el 4 % de la

(53) Jiménez Rodríguez, S. (1998): *Las Personas Mayores y el Abuso*. Estudio realizado en el Hospital Nacional de Geriátrica Dr. Blanco Cervantes, Costa Rica.

muestra (n = 328; el 67 % eran mayores de 75 años) era objeto de maltrato físico de forma habitual, el 13,8 % recibía maltrato psicológico, el 5 % informó de abuso económico y el 2,5 % indicó recibir abuso sexual. Una de las conclusiones del estudio fue que las personas mayores preferían vivir solas debido a las malas relaciones que tenían con sus familiares.

Grupos focales:

1. Grupos focales con personas mayores

Hubo tres grupos focales con 33 personas mayores; uno de mujeres, otro de hombres y otro mixto. Las edades de los participantes oscilaron entre los 65 y los 90 años. Todos provenían de zonas urbanas y periféricas.

Los grupos escogieron las **preguntas 1, 3, 4, 5 y 9** como **las cinco más adecuadas**.

Pregunta 1: Las sensaciones de *soledad* y *aislamiento* eran comunes en las personas mayores, ya que muchas de ellas no tienen buena relación con sus familiares. Algunas personas mayores se aislaban ellas mismas porque eran maltratadas y temían posteriores represalias del responsable de los malos tratos. Pero a veces es también la familia la que aísla a la persona mayor porque considera que no es útil. Por ello los participantes creen que “sentirse triste” o “sentirse solo” es un buen indicador de maltrato.

Pregunta 3: Es apropiada para detectar maltrato a personas mayores puesto que la dependencia es una fuente de tensión y las personas mayores suelen depender de otros. No obstante las “necesidades” deberían ir más allá de las “básicas” e incluir un abanico más amplio de aspectos necesarios. Los participantes expresaron también sus dudas sobre la utilidad de la pregunta, ya que todo el mundo solicita ayuda o apoyo en algún momento de su vida.

Pregunta 4: Los participantes consideran importante la frecuencia del suceso. Por ello la segunda parte de la pregunta es indispensable. Denegar las cosas necesarias es un tipo de maltrato que sucede no sólo en el ámbito familiar sino también en instituciones y en el ámbito público.

Debería simplificarse la pregunta. No se comprende bien el término “espacio vital adecuado”. Por otra parte, debería acortarse suprimiendo “dispositivos de ayuda como gafas y audífonos”; “la comida, medicamentos y ropa” son elementos esenciales.

Pregunta 5: Se estimó muy útil para detectar maltrato psicológico/verbal que –según los participantes– sucede a menudo en el entorno familiar. En esta categoría se incluyen también toda clase de discriminación por parte de instituciones, autoridades y personas, por ejemplo, cuando se humilla o no se ayuda a las personas mayores en el transporte público.

Pregunta 9: En el contexto de Costa Rica es una pregunta importante, ya que el alcoholismo es un problema generalizado en todas las clases sociales. Aquí podría incluirse también el consumo de drogas. Los participantes relacionaron esta cuestión con el maltrato físico y verbal. Pensaron que la pregunta estaba bien formulada, era comprensible y la terminología era adecuada.

En conjunto, los participantes estimaron que **las preguntas eran útiles para sospechar maltrato hacia personas mayores**.

Concluyeron que era fundamental que la relación familiar fuera buena y estable para prevenir la soledad y el aislamiento. Sin embargo, la mayoría de los participantes **preferían vivir solos debido a que el maltrato suele suceder con más frecuencia cuando comparten su espacio vital con sus hijos**.

2. Grupos focales con médicos

Se llevaron a cabo cuatro debates de grupo focal con médicos, que incluyeron 26 participantes (14 mujeres y 12 hombres) que trabajaban en entornos urbanos y de la periferia.

Los médicos incluirían las preguntas 11, 5, 8, 12 y 4 (por orden de relevancia) en un instrumento de cinco preguntas.

Pregunta 4: Se considera muy extensa y que contiene demasiados elementos distintos. Impedir algo puede ser un indicador importante de maltrato. Sin embargo, si los hijos no tienen los medios o recursos para cubrir las necesidades de sus padres mayores, no debe interpretarse como maltrato. La pregunta puede por tanto ser confusa y debería ser más precisa.

Pregunta 5: Este asunto es indispensable para detectar el maltrato. La parte “Alguien cercano a usted le ha gritado de forma injustificada, o le habló de forma que a usted no le gustó” incluye de hecho el maltrato psicológico; las otras partes de la pregunta son menos adecuadas. Podría omitirse también la última parte de la pregunta (“... de manera que esto le ha perturbado durante mucho tiempo”), porque si hay maltrato no importa si la víctima se sintió molesta durante mucho o poco tiempo.

Pregunta 8: Aunque se estima que es larga y compleja, está bien resumida y cubre no sólo las áreas adecuadas del tema sino también el maltrato de pareja. Debería concretarse el marco temporal –si se refiere al presente inmediato o al pasado–. Habría que añadir una parte sobre la relación con el responsable de los malos tratos.

Pregunta 11: Es una pregunta muy importante y adecuada para detectar maltrato físico. Es clara y es comprensible. La dificultad está en determinar si el maltrato era intencionado o accidental. Debe especificarse más la frecuencia del maltrato.

Podría sustituirse “herido” por “lesionado” o “atacado” para hacer hincapié en el aspecto físico del maltrato. La pregunta podría continuar con “¿Cuál es su relación con esta persona?”.

Pregunta 12: La pregunta es clara y muy oportuna para sospechar abuso sexual, dado que los participantes coincidieron en que es importante incluir una pregunta sobre abuso sexual en el instrumento. No obstante tienen sus dudas sobre si el entrevistado contestará con sinceridad una pregunta que aborda una cuestión tan delicada. Además, se requiere una relación de confianza entre el médico y el paciente, y probablemente sólo se preguntará después de varias visitas. Cuando se formula esta pregunta es completamente fundamental tener estrategias de seguimiento en marcha para asegurar que la derivación es oportuna.

La segunda parte de la pregunta (“¿Se trató de una acción aislada?”) puede ayudar a evaluar el riesgo de la persona.

Las doce preguntas valoradas en conjunto:

- Se consideraron útiles las doce preguntas, ya que el instrumento es breve y ayuda a aumentar la conciencia.
- Se podría añadir a todas las preguntas una parte **acerca de la relación con el responsable de los malos tratos**.
- No se estimó importante modificar el orden de las preguntas.
- En una de las preguntas **debería tratarse más explícitamente la cuestión del abandono**.
- Algunas de ellas podrían combinarse, como la 5 y la 11.
- Debido a que la frecuencia del maltrato juega un papel importante, **podrían añadirse términos como “siempre”, “casi nunca”, “nunca”** a cada pregunta.
- Se señaló que **este tipo de instrumento no podría aplicarse a pacientes con deterioro cognitivo**. Se planteó la cuestión de cómo tratar estos casos si se sospecha maltrato.
- ¿Cómo debe reaccionar un profesional de Atención Primaria si hay sospecha de maltrato pero la posible víctima no desea denunciar al responsable de los malos tratos o ser derivada para realizar otras intervenciones?
- **Muchas personas mayores se sienten incómodas cuando solicitan ayuda**, bien porque desean permanecer independientes o porque tienen miedo a ser rechazadas. Este factor puede dificultar la detección del maltrato.

Grupos de trabajo:

1. Grupos de trabajo con trabajadores sociales

Participaron nueve trabajadores sociales de centros de Atención Primaria en San José para analizar el Formulario de Evaluación de Trabajo Social y comentar sobre estrategias de formación y evaluación en sus lugares de trabajo.

Las políticas gubernamentales e institucionales existentes no cubren ni protegen a las personas mayores. Al ser un grupo muy vulnerable, las actuales condiciones económicas y sociales les afectan directamente. Hay una **falta de recursos** pero también de **redes de apoyo** en la comunidad para abordar el problema del maltrato hacia las personas mayores. Algunas instituciones o asociaciones realizan esfuerzos muy valiosos pero aislados, centrados en la gran área metropolitana. Gran parte de la **población de personas mayores que vive en zonas rurales no tiene acceso a ningún servicio de asesoramiento**.

Al igual que para el formulario, los participantes estimaron que las preguntas eran excelentes pero que, en conjunto, el cuestionario era demasiado extenso. Los participantes conocían el problema, pero el limitado número de trabajadores sociales impide un seguimiento o una actuación apropiada. También es insuficiente la coordinación entre las diferentes instituciones que se ocupan del maltrato a personas mayores.

2. Grupo de trabajo con trabajadores sociales y con médicos

El grupo de trabajo acerca del manual de la OPS lo formaron nueve mujeres y un hombre, todos provenientes del ámbito urbano.

Ninguno de los participantes ha recibido formación de algún tipo sobre el maltrato hacia las personas mayores. Se subraya por tanto la necesidad de **organizar grupos de trabajo para sensibilizar no sólo a los profesionales que trabajan en este campo sino también a la comunidad**. La mayoría de los participantes no tienen acceso a protocolos para evaluar el maltrato a personas mayores así como sus necesidades físicas y psicosociales. Algunas instituciones ofrecen manuales con directrices sobre violencia en la familia, pero no se dispone de un manual específico sobre maltrato hacia personas mayores. Es evidente la **falta de un marco legal adecuado**, lo que dificulta la actuación. Un paso importante sería ofrecer formación a los profesionales así como **informar a las personas mayores acerca de sus derechos**. Es fundamental crear una red de servicios de apoyo.

El manual de la OPS es un resumen completo de los conceptos que ya se conocen y se percibe como un **valioso apoyo para aumentar el conocimiento sobre el maltrato hacia las personas mayores**.

Resumen del informe de España

Grupos focales:

Se establecieron un total de siete grupos focales: tres con personas mayores y otros cuatro con profesionales de Atención Primaria. La mayoría de los grupos no debatieron sobre la batería de doce preguntas sino sobre el EASI original, ya que se consideró más apropiada su aplicación a la población mayor española (54). Sólo dos grupos con profesionales de Atención Primaria comentaron acerca de las doce preguntas.

1. Grupos focales con personas mayores

Los tres grupos focales se realizaron en diferentes ámbitos: un grupo mixto de nueve hombres y mujeres en una gran ciudad, un grupo de nueve mujeres en una pequeña ciudad y un grupo de siete hombres en una ciudad de tamaño medio. Las edades de los participantes oscilaron entre los 65 y 75 años.

(54) Véase las páginas 28 y 29.

Las personas mayores se refirieron sobre todo a sus propias experiencias y vieron difícil hablar sobre estas preguntas de un modo impersonal. En general, **se comprendieron bien las cinco preguntas** y el cuestionario pareció claro. La pregunta 4 era la más comprensible, seguida de las preguntas 1 y 2, aunque se consideró que esta última era excesivamente larga, que trataba demasiados aspectos distintos, y que por tanto debería especificarse más. Las preguntas 3 y 5 provocaron cierta confusión.

Pregunta 1: Se estimó que era **comprensible** aunque un tanto **ambivalente**. Algunos participantes pensaron que se les estaba preguntando si habían ayudado a alguien, mientras que otros entendieron que lo principal era si recibían algún tipo de ayuda, y otros creyeron que la pregunta se refería a la ayuda –como ayuda doméstica– que les ofrecía una institución pública. Se estimó que la lista de temas resumía bien las necesidades básicas de las personas mayores. Podría añadirse aquí “visitar al médico”. Sin embargo, se señaló que las **necesidades básicas** y las **instrumentales** estaban juntas en la pregunta. Se podría dividir la pregunta, por tanto, en dos preguntas más cortas.

Pregunta 2: Se entendió bien la formulación de este tema, pero debería aclararse más el significado de la segunda parte (“se ha producido en más de una ocasión”), ya que algunos pensaron que no debe considerarse maltrato el hecho de que este tipo de impedimento suceda una o dos veces. Para simplificar, se podría sustituir “impedido” por “negado”. No se apreció redundancia en la pregunta, pero algunos la consideraron demasiado extensa y sugirieron dividirla en varias.

Pregunta 3: Los participantes coincidieron en que esta pregunta abordaba una cuestión particularmente delicada. Algunos mencionaron que habían tenido esos sentimientos (*sentirse amenazado y/o avergonzado*) no sólo en los últimos doce meses sino a lo largo de toda su vida. Además, se remarcó que había una **diferencia entre sentirse “amenazado” y sentirse “avergonzado”**: *vergüenza* parece indicar sentirse avergonzado y no debería relacionarse automáticamente con maltrato. Podría ser más acertado sustituir “avergonzado” por “humillado”. Se puede *amenazar* a una persona sin acciones previas, y apunta más claramente a un maltrato. De nuevo, podría dividirse la pregunta para abordar estos dos aspectos por separado. Cabría incluir en esta pregunta el importante tema de la **infantilización**.

Pregunta 4: Se estimó que era un asunto muy claro para abordar un tipo frecuente de maltrato. Los participantes opinaron que la palabra “forzar” era muy dura y que podría sustituirse por “manipular”.

Pregunta 5: Los participantes no tenían claro si se refería a **maltrato físico** o a **abuso sexual**. El término “tocó” no se relacionó necesariamente con abuso sexual. Ambas cuestiones eran muy delicadas y siguen siendo **tabú** para las generaciones mayores de 65 años. No obstante, si se hiciese una clara distinción entre estos dos tipos de abuso, se obtendrían respuestas más precisas. Se recalcó que obtener una respuesta honesta a esta pregunta dependería mucho del **grado de confianza entre el médico y el paciente**, así como de la **habilidad del médico para preguntar** con delicadeza.

2. Grupos focales con profesionales de Atención Primaria (para debatir sobre las preguntas del EASI)

Se realizaron cuatro grupos focales con un total de 30 médicos de Atención Primaria de cuatro ciudades españolas (Madrid, Málaga, Vilanova i la Geltrú y Badajoz).

En general, los médicos dijeron que el cuestionario era una **herramienta muy útil para los médicos** que no sabían cómo enfocar la cuestión del maltrato a personas mayores. Sin embargo, se consideró crucial ofrecer a los profesionales de Atención Primaria una clara definición de este tipo de maltrato o una pequeña introducción a esta cuestión, ya que algunos participantes no entendían el objetivo de la herramienta –aumentar la conciencia y crear un nivel suficiente de sospecha de maltrato a personas mayores–. Tampoco estaba claro a quién se refería el cuestionario. Algunos consideraron que “personas”, “alguien”, “alguno” eran términos demasiado vagos; otros vieron esta amplitud como una oportunidad para que la persona mayor contestara sin tener que acusar a alguien directamente. **No hubo acuerdo respecto a la extensión de las preguntas**. Por una parte, las preguntas largas serían más difíciles de entender, pero se mantendría el reducido número de preguntas. Por otra parte, las preguntas más cortas serían más comprensibles, pero alargarían el cuestionario; cuanto más largo sea el cuestionario –incluso

aunque las preguntas sean más breves–, mayor es la probabilidad de que la persona mayor pierda su atención. Los participantes solicitaron que se aclarara cuál era **el mejor lugar para realizar el cuestionario**, ya que los centros de Atención Primaria suelen tener una actividad muy intensa y los profesionales que allí trabajan disponen de un tiempo muy limitado para cada paciente, y durante las visitas domiciliarias existe el riesgo de que haya otras personas o de que esté el responsable de los malos tratos.

Pregunta 1: Se estimó que esta cuestión “**rompía el hielo**” y que era una pregunta general para **detectar posible dependencia** –un importante factor de riesgo para que se produzca maltrato a personas mayores–. Algunos pensaron que la cantidad de ayuda que una persona necesitaba no indicaba necesariamente una situación de maltrato. Se calificó esta cuestión, por tanto, como de interés medio.

Algunos señalaron que debía concretarse más el término “personas” y otros vieron esta ambigüedad como una oportunidad para responder sin hacer referencias personales.

Podría resultar útil separar la pregunta en dos partes (necesidades básicas e instrumentales). Las actividades consideradas menos importantes fueron “hacer la compra” e “ir al banco”; cabría añadir sin embargo “ir al cuarto de baño”.

Con el objetivo de acortar la pregunta se hicieron las siguientes sugerencias:

¿Necesita ayuda para algo?

¿Necesita ayuda?

¿Necesita ayuda para actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer? ¿Y para... (necesidades instrumentales)?

¿Alguien cercano a usted le ha ayudado para bañarse o vestirse? ¿Alguien le ha ayudado para hacer la compra o para ir al banco?

Pregunta 2: Los participantes opinaron que los términos eran claros, pero sugirieron sustituir “impedido” por “dificultado” para simplificar la pregunta. **No deben juntarse en una misma cuestión actos de omisión y de acción.** La mezcla de circunstancias diferentes (*aislamiento social* y *acceso a necesidades básicas*) complicaba la pregunta.

La segunda parte (“se ha producido en más de una ocasión”) provocó cierto debate, ya que se consideró que “más de una ocasión” no era demasiado concreto.

Pregunta 3: Se estimó esencial para preguntar acerca del maltrato psicológico. **Se consideró bastante importante preguntar sobre la frecuencia de este maltrato.** Debería por tanto mantenerse la segunda parte de la pregunta. Se vio que en conjunto era una pregunta un tanto vaga, ya que debería especificarse el grupo de personas al que se hace referencia (por ejemplo, personas cercanas, vecinos, extraños, etc.). Se hicieron varias sugerencias para acortar la pregunta:

¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de un modo que...”

¿Alguien le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado...?

¿Alguien le ha tratado de un modo que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

¿Alguien le trató de un modo que le hizo sentirse avergonzado o amenazado?

Pregunta 4: La pregunta se entendió bien y se consideró muy importante, sobre todo teniendo en cuenta la elevada incidencia de abuso económico entre las personas mayores. Al igual que en las demás preguntas, se podría suprimir la segunda parte (“se ha producido en más de una ocasión”).

Pregunta 5: En opinión de los participantes, esta cuestión tenía el máximo interés porque preguntaba acerca de maltrato físico y abuso sexual. No obstante, la expresión “tocándole de alguna forma que a usted no le guste” **podría causar malestar y hacer que tanto la persona mayor como el médico se sintieran violentos.** Otros par-

participantes comentaron que la pregunta **abarcaba demasiados aspectos diferentes, como amenazas, daño físico, abuso sexual y sentirse atemorizado**. Convendría por tanto dividirla en dos partes. Una podría referirse a aspectos físicos y otra a aspectos sexuales. Se sugirieron las siguientes opciones:

¿Alguien le ha amenazado, atemorizado o causado daño físico?

¿Alguien le ha tocado de un modo que usted no quería? Y a continuación: ¿Alguien le ha causado daño físico?

¿En alguna ocasión se ha sentido física o sexualmente amenazado?

Varias de las opciones incluían también explícitamente el abuso sexual:

¿Alguien le ha causado daño físico? Y a continuación: ¿Alguien ha tratado de abusar sexualmente de usted?

¿En alguna ocasión se ha sentido física o sexualmente amenazado?

¿Alguien le ha pegado, amenazado o atemorizado físicamente? Y a continuación: ¿Alguien ha abusado sexualmente de usted o ha tratado de hacerlo?

1. Grupos focales con profesionales de Atención Primaria (para debatir sobre la batería de doce preguntas)

Dos grupos debatieron sobre la batería de doce preguntas. Un grupo escogió también las cinco **preguntas más relevantes, que fueron la 3, 4, 5, 8 y 11**. Se consideró que el cuestionario de doce ítems era demasiado largo, lo que dificultaba mantener la atención de la persona mayor. Se estimó que la pregunta 1 era redundante. Se podrían combinar algunas preguntas en una, por ejemplo la 2 y la 3; las preguntas 6, 7 y 8 se referían a la misma cuestión al preguntar sobre la autonomía de la persona y deberían por tanto juntarse. Surgió un debate similar respecto a las dos últimas preguntas. Aunque abordaban dos categorías distintas de maltrato (abuso sexual y maltrato físico), las personas mayores podrían ser más reticentes a contestar una pregunta sobre abuso sexual planteada de forma más directa.

Algunos pensaron que **el estilo del cuestionario era demasiado anglosajón** y estimaron que la formulación no era apropiada. También debería **especificarse más el período de tiempo**. Además, se debería aclarar el término "actividades básicas de la vida diaria" (pregunta 3). La pregunta 4 no era suficientemente precisa y no estaba claro si "alguien le ha impedido..." se refería a una persona o a una entidad abstracta (por ejemplo, la comunidad). La pregunta 5 contenía demasiados adjetivos diferentes que describían distintos estados de humor y sentimientos. En cualquier caso, antes de aplicar el cuestionario se necesitaría disponer de instrucciones o de información.

Grupos de trabajo:

1. Grupo de trabajo con trabajadores sociales

En este grupo de trabajo participaron diez mujeres trabajadoras sociales –escogidas aleatoriamente de varios centros de salud de Madrid– para debatir sobre el *Formulario de Evaluación de Trabajo Social* (SWEF) y sobre otras cuestiones relacionadas con el maltrato hacia personas mayores. Se les envió el formulario una semana antes para que se familiarizaran con su contenido.

Los trabajadores sociales atendían principalmente a inmigrantes y a personas mayores de todos los estratos socio-económicos. Ninguno de ellos había trabajado anteriormente en el área del maltrato a personas mayores, pero tenían formación e información sobre maltrato infantil y violencia de género.

Los participantes mencionaron la falta de protocolos específicos y de directrices sobre prevención, evaluación e intervención en el maltrato a personas mayores. Los profesionales de Atención Primaria que refirieron a trabajadores sociales casos de maltrato lo hicieron porque estaban sensibilizados y motivados y no porque se sintieran obligados a actuar según las directrices. Se señaló un importante déficit, como era la **falta de coordinación entre los trabajadores sociales y otros profesionales** que trabajaban en el mismo centro. **Se consideró que la coordinación interprofesional era clave para actuar**, la cual era a menudo demasiado lenta y sólo se aceleraba en caso de

maltrato relacionado con violencia de género. Algunos trabajadores sociales acudían sólo una vez por semana al Centro de Salud para intercambiar información, coordinación y en última instancia para fortalecer el equipo de trabajo entre los diferentes grupos de profesionales que se ocupaban del maltrato hacia personas mayores. La creación de una mesa redonda de personas mayores podría suponer una importante plataforma para que todas las personas interesadas compartan juntas experiencias, información y ofrezcan soluciones.

Se estimó que **la aplicación del SWEF no era adecuada** en el contexto español debido a su **extensión**. El tiempo medio de consulta de un trabajador social con una persona era de 40 minutos. Los participantes también pensaron que era bastante difícil que una persona mayor se centrara contestando preguntas durante aproximadamente 66 minutos. Una posible solución sería administrar el formulario durante varias sesiones en vez de sólo en una. Aparte del factor tiempo había también problemas lingüísticos con el formulario, ya que la traducción literal del inglés al español (por ejemplo, el término "patrocinio") provocó confusión. Se estimó que algunas partes no estaban claras, como la que trata sobre la vivienda y características diferentes de viviendas. Hubo dos aspectos que no fueron suficientemente tenidos en cuenta: a) el importante papel de las redes informales de personas mayores que no tenían familia, y b) el efecto de los aspectos a veces problemáticos de la relación entre la persona mayor y sus familiares a lo largo de la vida. Se criticó aún más que el formulario pudiera crear esperanzas que no podrían llevarse a cabo, puesto que preguntaba sobre cuestiones que no eran competencia del trabajador social. En general, se opinó que el formulario era demasiado directo y negativo. En España los cuestionarios que abordan un asunto tan delicado emplean preguntas más indirectas. Por ejemplo, cabría no preguntar a las personas mayores si había algún problema en la relación con sus hijos. Un cuestionario con este tipo de preguntas podrían realizarlo más bien enfermeras, ya que tendrían un contacto más habitual con los pacientes. El mejor lugar para la entrevista no es necesariamente el domicilio de la persona mayor sino quizás el Centro de Salud o un lugar neutral.

No obstante, los participantes estimaron positivo disponer de un formulario como éste, ya que no existe una herramienta de evaluación similar. El formulario podría servir como base para técnicas de evaluación más adecuadas en el contexto español. La realización de este tipo de formulario otorgaría a los trabajadores sociales un papel que actualmente no tienen en el ámbito de Atención Primaria respecto a la evaluación del maltrato a personas mayores.

2. Grupo de trabajo con profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales

El grupo de trabajo que analizó el manual de la OPS estaba compuesto por cinco trabajadores sociales y cinco médicos de Atención Primaria, todos provenientes del área metropolitana de Madrid.

Los participantes consideraron el maltrato a personas mayores como un **problema social y sanitario** que podría tener causas y consecuencias muy diferentes. Sin embargo, raras veces es abordado en los centros en los que trabajan. Uno de los principales obstáculos para los médicos es el tiempo muy limitado que pueden dedicar al paciente. Con frecuencia sólo intervienen en casos extremos de maltrato. Además, no suelen conocer las condiciones de vida del paciente, ya que no es habitual que el médico haga visitas domiciliarias. Los trabajadores sociales reiteraron que **no es el centro sino los profesionales quienes muestran interés** en este tema. Los profesionales están familiarizados con el problema bien a través de otros tipos de maltrato –como violencia contra niños o mujeres– o porque han tratado casos en su consulta.

Las principales dificultades mencionadas para valorar el maltrato hacia personas mayores fueron la falta de:

- a) Formación específica en maltrato a personas mayores.
- b) Comunicación interprofesional.
- c) Nivel de conciencia y sensibilización.
- d) Protocolos para actuaciones homogéneas.
- e) Definiciones y terminología específicas.

- f) Apoyo social para el cuidador.
- g) Circulación de información relativa a recursos institucionales existentes.
- h) Recursos generales para abordar el problema.

Para valorar el maltrato a personas mayores los trabajadores sociales emplean estrategias que conocen de otros campos; por ejemplo, análisis de factores de riesgo y conocer los antecedentes sociales y las circunstancias familiares del paciente. Debido a que no tienen acceso a los antecedentes sociales en los hospitales, pierden información útil para detectar posibles casos. Los profesionales de Atención Primaria están probablemente en una mejor situación para hacerse una idea de la vivienda y de la situación familiar del paciente, puesto que suelen ver a toda la familia en su consulta. Los médicos señalaron que las estrategias de actuación deben acompañarse de formación. También se subrayó que debería considerarse la capacidad de la persona mayor para tomar decisiones. Para luchar contra el maltrato a personas mayores, los participantes estimaron que los trabajadores sociales podrían aplicar métodos de actuación que conocen contra el maltrato a otros grupos (de género, a niños) y los médicos podrían centrarse en prevenir y en establecer la sospecha. Probablemente el médico ve al paciente con más frecuencia y de forma más personal que el trabajador social. En cualquier caso, se hizo hincapié en que la fase más compleja en el proceso de valoración es la intervención, ya que tiene un efecto radical en el equilibrio de la familia con la que vive la persona mayor.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y el IMSERSO-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales han publicado una Guía de actuación (55) que incluye cuestiones de maltrato a personas mayores. Aunque esta Guía se ha publicado recientemente, y aún no ha sido suficientemente divulgada entre los profesionales de Atención Primaria, los participantes consideraron que esta publicación es más adecuada para el contexto español que el Manual de la OPS (Manual PAHO), principalmente por motivos lingüísticos (el Manual de la OPS emplea en su mayoría términos latinoamericanos y anglosajones en lugar de vocabulario castellano), la forma de su contenido (sus tablas y figuras son difíciles de manejar y son demasiado esquemáticas), la falta de concreción (por ejemplo, en la sección de definiciones, el papel del cuidador), la falta de énfasis en el maltrato institucional (el Manual aborda principalmente la violencia doméstica pero olvida el maltrato institucional) y las posibilidades de actuación (las actuaciones que se sugieren en el Manual de la OPS parecen destinadas sólo a situaciones de emergencia y no incluyen a personas mayores no dependientes). No obstante, el Manual de la OPS podría servir como una buena base que necesita adaptarse a las realidades concretas de cada país.

Resumen del informe de Kenia

Grupos focales:

Se realizaron un total de seis grupos focales: tres con personas mayores (uno sólo con mujeres, otro con hombres y uno mixto) y otros tres con profesionales de Atención Primaria. Los debates con personas mayores fueron con hombres y mujeres (10 hombres, 10 mujeres; 11 hombres y mujeres) que vivían en una localidad a las afueras de Nairobi. Todos provenían del grupo étnico Kikuyu y hablaban tanto kikuyu como kiswahili.

Para los grupos focales y los grupos de trabajo se seleccionaron profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales del Hospital Nacional de Kenia. Los profesionales de Atención Primaria eran principalmente odontólogos (56) que trabajaban en el hospital así como profesores en la Universidad de Nairobi.

(55) *Malos tratos a personas mayores, Guía de actuación*. Antonio Moya y Javier Barbero Gutiérrez (coord.), Edit. IMSERSO, SEGG, Madrid 2005.

(56) Debido a que no fue posible reunir suficientes médicos para los grupos focales, se contactó con odontólogos y se les invitó a que formasen parte de los grupos con profesionales de Atención Primaria.

1. Grupos focales con personas mayores

Las personas mayores hablaron sobre sus percepciones del maltrato y sus diferentes categorías. Compartieron también sus experiencias relativas a cada pregunta pero no comentaron sobre la utilidad y comprensibilidad de las preguntas.

La soledad es un problema habitual que experimentan todos los participantes debido a que la mayoría de sus hijos se han marchado para buscar trabajo remunerado, mientras los nietos pasan la mayoría del tiempo en el colegio. “Apoyarse sobre la barbilla” se identificó como la expresión externa de la soledad. Debido a que las mujeres sufren más aislamiento que los hombres, la soledad tiene un factor de género.

Casi todas las formas de maltrato se relacionan u originan por el hecho de que la mayoría de las personas mayores **buscan ayuda** de otras personas. La ayuda recíproca forma parte del factor humano y se mantuvo en la familia tradicional africana. Sin embargo, con los continuos cambios sociales –sobre todo relacionados con la urbanización– se está olvidando este concepto. Según los participantes, su búsqueda de ayuda provoca maltrato, desprecio, insultos, apodos y todo tipo de maltratos emocionales.

El abuso del alcohol por parte de familiares cercanos, sobre todo hijos, es una fuente importante de maltrato a personas mayores, ya que suelen ser el objetivo final del comportamiento impropio, inconveniencias y maltratos de sus hijos alcohólicos. Por ello, en la mayoría de los hogares los hombres jóvenes son los principales o únicos responsables de los malos tratos de las personas mayores.

La carga del cuidado de los niños desborda a las personas mayores. En prácticamente todos los hogares se hacen cargo de sus nietos.

La inseguridad económica es la fuente más importante de maltrato a personas mayores y cuando existe es suficiente para provocar sospecha de maltrato. Las personas mayores no tienen o no conocen una fuente fiable de ingresos para cubrir sus necesidades básicas. A pesar de la inseguridad económica que soportan, es muy elevada la dependencia económica en las personas mayores. En un hogar medio hay cuatro hijos o nietos que dependen completamente de la ayuda económica de las personas mayores para alimentación, ropa, recibos y atención sanitaria.

La mayoría del maltrato es emocional, que alcanza mayor impacto en las personas mayores. **No se señaló el abuso sexual** como algo experimentado por las personas mayores. El tema sexual es una cuestión demasiado delicada en el contexto africano, ya que no se habla de ello en público, sobre todo con “extraños”.

Los familiares cercanos son los principales responsables de los malos tratos de las personas mayores. Mientras las mujeres mayores señalan a sus hijos como los responsables de los malos tratos habituales, los hombres mayores afirman que lo son sus mujeres e hijos. En el ámbito doméstico las personas mayores refirieron las siguientes malas conductas y situaciones que se producen en su vida y que justifican la sospecha de maltrato: **hijos alcohólicos, falta de respeto a los padres, hijos que proyectan sus fracasos hacia los padres, niños abandonados, negarse a colaborar en las tareas domésticas y solicitud de alimentos.**

2. Grupos focales con profesionales de Atención Primaria

Los tres grupos focales con médicos escogieron las **preguntas 4, 5, 1, 8 y 12** como **las más oportunas** dentro de la batería de doce preguntas.

Pregunta 1: Se consideró importante el tema de la soledad para detectar maltrato a personas mayores. Ello se debe a que para las personas mayores la soledad es un verdadero problema en la sociedad actual. La pregunta aborda sólo una cuestión y es por tanto oportuna. Es además precisa, corta, fácil de entender y no es redundante.

Pregunta 4: Es un tema importante para detectar maltrato a personas mayores. Los ejemplos que se ofrecen la hacen comprensible. La pregunta guía a la persona que responde sobre lo que se solicita y no es redundante. La formulación es clara y permite explorar a la persona que contesta.

Pregunta 5: El tema es importante para detectar maltrato a personas mayores. No obstante, la pregunta es demasiado farragosa y enrevesada hasta el punto de que la persona mayor podría olvidar el comienzo cuando se termina de formular la pregunta. Se sugirió la siguiente variación:

¿En alguna ocasión una persona cercana a usted le ha tratado injustamente? ¿Cómo se ha sentido? En caso afirmativo, ¿sucedió una o repetidas veces?

Pregunta 8: Se puede emplear el tema para detectar maltrato a personas mayores porque es un fenómeno habitual en la sociedad moderna. La formulación es adecuada y se explica por sí misma. No hay redundancia y la pregunta puede crear un marco para el debate con la persona que responde.

Pregunta 12: Aunque es un tema importante para detectar maltrato a personas mayores, se vio que la pregunta era muy controvertida. En el contexto africano el sexo es un asunto bastante delicado para las personas mayores y puede que no sea oportuna desde el punto de vista cultural porque probablemente provocará malestar. Por ello puede que muchas personas mayores no respondan. Se sugirió la siguiente opción:

¿Alguien le tocó de forma que a usted no le gustó o le hizo propuestas sexuales que usted no quiso? En caso afirmativo, ¿sucedió una o repetidas veces?

Se estimó que las preguntas 2, 7 y 11 eran las menos relevantes y que podían suprimirse.

En opinión de los profesionales de Atención Primaria las preguntas son una herramienta importante para ayudar a detectar maltrato a personas mayores. **Los temas abordan los aspectos más fundamentales a los que las personas mayores están expuestas y experimentan en su vida social diaria.** Las cuestiones de la soledad, dependencia hacia otras personas para las cosas básicas, ser maltratado, ser vulnerable en manos de alguien poderoso, ser objeto de engaño o provecho, tener una responsabilidad económica agobiante y ser cuidadores en su estado de fragilidad, son en la actualidad asuntos clave que se incluyen en las preguntas.

Grupos de trabajo:

Se realizaron dos grupos de trabajo: uno con trabajadores sociales (nueve participantes) y otro con trabajadores sociales y profesionales de Atención Primaria (nueve participantes). El propósito fue recoger sus puntos de vista sobre el maltrato a personas mayores como tema social y de atención sanitaria y analizar el Formulario de Evaluación de Trabajo Social y el Manual de la OPS.

1. Grupo de trabajo con trabajadores sociales

Los participantes coincidieron en que el maltrato a personas mayores es de hecho un grave problema en las áreas rurales y urbanas de Kenia. **La población de personas mayores ha aumentado enormemente y sin embargo son un grupo de edad desatendido.** Las ONG se centran en la infancia y juventud no en las personas mayores. Por ejemplo, hay hogares para niños maltratados o abandonados pero las personas mayores que sufren problemas similares no disponen de este tipo de centros o de apoyos. Esto implica que todavía no se considera el maltrato a las personas mayores un grave problema.

Hay además una **falta de personal entrenado** para ocuparse de los temas de las personas mayores. El hospital en el que trabajan los participantes no tiene políticas concretas relativas a las personas mayores. **No se dispone de un seguimiento sistemático**, ya que en este hospital los servicios de trabajo social son únicamente para los pacientes ingresados.

Hay diversos tipos de maltrato específicos del ámbito de Kenia:

- Las personas mayores son siempre las sospechosas de **brujería** no las jóvenes (por ejemplo, entre los Kisii de Kenia). En consecuencia, muchas de ellas son quemadas en público hasta la muerte, con o sin pruebas.
- **No hay acceso a centros de atención sanitaria**, pese a que las personas mayores no pueden caminar largas distancias.

- **Discriminación en el seguro médico:** El Fondo Nacional del Seguro Sanitario acepta sólo a miembros que tengan menos de 75 años. Además, exige **primas mucho más elevadas** a las personas mayores, lo que les imposibilita el seguro.

Las principales causas de maltrato a personas mayores suelen ser de tipo económico. Esto podría deberse a la falta de ahorro o a que las discapacidades y necesidades suelen repercutir en la economía de quienes pagan, lo que conduce a la negligencia. La aparición de la familia nuclear contribuye también a la soledad y al aislamiento de las personas mayores.

Se estimó que el *Formulario de Evaluación de Trabajo Social* era bastante aplicable y adecuado y que por tanto podría resultar útil. Los trabajadores sociales expresaron la necesidad de que haya protocolos de actuación, formación específica, que se refuerce su papel de defensores de los derechos de las personas mayores y que aumente la conciencia pública. Se debe mejorar el sistema de bienestar social para las personas mayores a través de la creación de hogares, políticas institucionales que se ocupen de las personas mayores y leyes relativas a su bienestar, políticas hospitalarias que reconozcan a las personas mayores como una prioridad y formación y sensibilización de todos los profesionales acerca del maltrato a personas mayores.

2. Grupo de trabajo con profesionales de Atención Primaria y trabajadores sociales

Se llevó a cabo una sesión en la que participaron cinco trabajadores sociales y cuatro médicos para debatir sobre posibilidades de actuación y para revisar el Manual de la OPS. **Se necesita apoyo institucional**, como poner en marcha **políticas reales, deben asignarse trabajadores sociales en todos los hospitales, centros de acogida para personas mayores maltratadas, sensibilizar** a todo el personal y **formarlos** en temas relacionados con personas mayores, así como realizar un **correcto diagnóstico** que incluya la situación social de las personas mayores. Ambos grupos de profesionales conocían la importancia del Manual de la OPS como guía para valorar las necesidades psicológicas de las personas mayores. Se considera crucial promulgar una legislación de ámbito nacional e institucional sobre personas mayores para dirigir actuaciones relativas a maltrato hacia personas mayores.

Este tipo de maltrato es una cuestión social pero también de atención sanitaria. Los trabajadores sociales ayudan a las personas mayores que son objeto de maltrato y negligencia a que encuentren hogares de residencia. Debido a que los familiares tienden a dejar o a abandonar a las personas mayores en los hospitales, también los médicos deben hacerse cargo de estas personas.

La mayoría de los médicos de Kenia no son conscientes de la magnitud del problema del maltrato, a diferencia de los trabajadores sociales, que se enfrentan diariamente con este tema. La falta de conciencia entre los médicos se atribuye a que en su formación para atender situaciones se mencionan poco las cuestiones relacionadas con las personas mayores. **De igual modo, el escaso número de personas mayores en relación con el de niños hace que este tema no sea reconocido como tal.** Todos coincidieron en que el maltrato a personas mayores es un problema en Kenia, pero la sociedad se centra más en el maltrato a niños y mujeres, olvidando por tanto este otro tipo de maltrato. Ambos grupos de profesionales creen que la falta de conciencia por parte de los políticos es la principal causa de esta situación.

La mayoría de los participantes han atendido a pacientes maltratados pero reaccionaron de forma distinta. Los médicos se sienten impotentes. Pese a que a veces derivan a pacientes en riesgo de maltrato a trabajadores sociales, lo hacen poco en general. Los trabajadores sociales entrevistan al paciente objeto de maltrato y/o buscan el sistema de apoyo social apropiado y disponible. Según ambos grupos de profesionales, en la institución en la que trabajan no se dispone de protocolos de actuación ni de estrategias de seguimiento. Por tanto, hay una gran sensación de que el contenido y las cuestiones del Manual de la OPS son adecuados y pueden emplearse fácilmente.

Resumen del informe de Singapur

Debido a la falta histórica de debate y de conocimiento del maltrato hacia las personas mayores en Singapur, el término tiene en este país una connotación negativa y produce tal miedo y ansiedad en los profesionales sanitarios

que pudiera ser necesario buscar otros términos para reemplazarlo. A medida que envejece la población de Singapur, el Gobierno se muestra más preocupado en que puedan aparecer nuevos casos de maltrato y negligencia hacia personas mayores y se deben establecer definiciones, sistemas y programas comunes para abordar el problema. Así, en septiembre de 2003 se creó un equipo multidisciplinar formado por profesionales con conocimientos en Geriátrica, Psiquiatría, asesoría a personas mayores y trabajo social para tratar casos de maltrato a personas mayores.

Para aceptar el estudio de la OMS-CGI en Singapur el coordinador nacional tuvo que modificar algunos aspectos de este estudio ajustándolos al contexto local. Se realizaron los siguientes cambios:

- Se tradujeron las preguntas al mandarín, ya que la mayoría de los habitantes de Singapur y de los chinos, así como la mayoría de las actuales cohortes de personas mayores de Singapur, no hablan inglés sino mandarín y sus dialectos.
- En Singapur se denomina persona mayor a la que tiene 60 o más años. Actualmente la definición oficial se sitúa en los 65, pero en la práctica los programas de atención a las personas frágiles establecen los 60, mientras que los programas de envejecimiento activo lo sitúan en los 55 años. Por ello el coordinador siguió dicha definición.
- El grado de conciencia entre los profesionales de Atención Primaria es muy bajo, ya que es un asunto relativamente nuevo en el país. Estos profesionales, al no reconocer el problema y la necesidad de realizar revisiones, podrían mostrarse reacios a analizar las preguntas o a participar en los debates de los grupos focales. En consecuencia el coordinador del estudio sólo pudo organizar dos debates de grupos focales con profesionales de Atención Primaria. El resto de las opiniones se obtuvieron por escrito.

Grupos focales:

Los profesionales de Atención Primaria y las personas mayores han escogido casi las mismas preguntas que deben permanecer en el cuestionario. Ambos grupos también han expresado las mismas opiniones acerca de las preguntas.

1. Grupos focales con personas mayores

Se llevaron a cabo cuatro grupos focales con 45 personas mayores. Fueron tres grupos mixtos de hombres y mujeres mayores y un grupo formado sólo por mujeres mayores. Uno de los grupos mixtos se realizó en mandarín y el grupo compuesto por mujeres hablaba holkkien (57). El resto de los grupos se realizaron en inglés.

Las 45 personas mayores coincidieron en que debían mantenerse seis y no cinco preguntas. Señalaron **las preguntas 1, 4, 5, 6, 8 y 11 como las más importantes** para detectar maltrato a personas mayores.

Pregunta 1: La mayoría consideró que podría sustituirse el término “normalmente” por el término “a veces”. Algunos comentaron que las expresiones “sentirse solo uno mismo”, “aislado” o “abandonado” podrían sustituir el término “solo”, de acuerdo con el contexto de Singapur.

Pregunta 4: Pese a que la mayoría de las personas mayores consideraron que era una cuestión oportuna y útil, el término “impedido” dio la impresión de no ser adecuado, sobre todo en el contexto asiático. Se sugirió emplear “privación” como mejor opción.

Algunos pensaron que la pregunta era farragosa y que debía simplificarse para su mejor comprensión, por ejemplo, omitiendo palabras como “dispositivos de ayuda” o “audífonos”.

Pregunta 5: Estimaron que la pregunta debía dividirse en partes y ordenarse. Ello facilitaría que la persona mayor comprendiese lo que quiere decir cada parte, ya que la pregunta daba la sensación de ser demasiado prolija.

(57) Dialecto en Singapur.

Consideraron que “gritar” no era un signo de maltrato. Además, la pregunta contiene demasiados adjetivos. No vieron redundancia en la pregunta, pero recomendaron de nuevo que se aclarara mejor para evitar que el tema pareciera complicado.

Pregunta 6: Para aclarar la pregunta, se sugirieron expresiones como “alguien le ha impedido hacer cosas que usted quería hacer” o “alguien le ha estafado o se siente usted estafado”, en vez de “alguien se estaba aprovechando de usted”.

La mayoría de los participantes consideraron que era demasiado extensa. Se comprendería mejor si se ilustrara con algunos ejemplos. No obstante, comentaron que debía incluirse la pregunta en el instrumento, ya que trata sobre restricciones en la libertad y acciones de la persona.

Pregunta 8: La mayoría de las personas mayores la consideraron importante porque se refiere a cuestiones económicas, pero hubo comentarios de que debía dividirse en dos partes. La primera parte podría referirse a “intentaron usar su dinero...” y la segunda parte debería hablar de “forzaron a firmar documentos...”, en vez de juntarlas. Algunos opinaron que como la pregunta se refiere indirectamente a familiares, sonaría mejor la frase “alguien en quien usted confía o alguien cercano a usted ha intentado usar su dinero”.

Pregunta 11: Se consideró necesaria para detectar maltrato hacia personas mayores. Hubo cierta preocupación por el aspecto delicado de la pregunta. En el ámbito asiático puede que las personas mayores no deseen contar sus sufrimientos por el miedo a perder prestigio, sobre todo si las lesiones físicas fueron provocadas por familiares. Se hicieron sugerencias para sustituir el término “impedido” por otro más simple como “limitado”. Algunos comentaron que el médico debería hacer esta pregunta al observar signos de contusiones en la persona mayor. Se indicó que la segunda parte era necesaria para valorar el grado de maltrato.

Se hicieron los siguientes comentarios sobre las preguntas:

- El instrumento **debe tener en cuenta el maltrato emocional** hacia las personas mayores y las preguntas deberían tratar de abordarlo.
- **Las doce preguntas no abordan adecuadamente el tema de la negligencia** y deberían hacerlo.
- **Las preguntas propuestas deben ajustarse al ámbito cultural** y no confeccionarse sólo para los países occidentales, ya que algunas de ellas siguen pareciendo delicadas.

Los participantes pensaron que podría suprimirse la pregunta 7.

2. Grupos focales con profesionales de Atención Primaria

Se organizaron dos grupos focales con doce médicos de Atención Primaria. Además, se enviaron por correo las preguntas a los médicos de Atención Primaria, de los cuales ocho contestaron con sus comentarios. Para los veinte participantes del estudio, **las preguntas 11, 4, 5, 8 y 3** (por orden de relevancia) **fueron las cinco más adecuadas**.

Pregunta 3: Se consideró un tanto imprecisa porque no aclara qué aspecto del maltrato hacia las personas mayores se está tratando. Debe explicarse lo que son las “actividades básicas de la vida diaria”. La pregunta tiene una connotación negativa, que podría disuadir a algunas personas mayores y obligarlas a negar un posible maltrato. Además, la pregunta sería difícil de traducir al mandarín porque no existe una palabra directa para expresar “dependencia”. Se hicieron las siguientes sugerencias:

¿Hay discrepancias entre usted y su cuidador?

¿Necesita habitualmente la ayuda de alguien para sus necesidades básicas diarias?

¿Depende la mayoría del tiempo de ayuda para sus actividades básicas diarias?

¿Es usted independiente o necesita ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria?

Pregunta 4: Es una pregunta esencial. Se deben añadir ejemplos para hacerla más clara. Se incluyen demasiados aspectos diferentes en este tema. Habría que preguntar sólo una cuestión concreta, de lo contrario podría resultar confusa. Por ejemplo, ¿qué es “espacio vital adecuado”? ¿Cómo se define “adecuado”? ¿Se refiere “espacio” al dormitorio o a toda la casa?

Deberían valorarse las cosas necesarias de forma separada, ya que algunas son esenciales y otras no.

Pregunta 5: Es muy extensa y compleja. Sin embargo, es una buena pregunta y es directa; es importante para abordar el tema del maltrato físico. Es preferible emplear el término “regañar” que “gritar”, ya que algunas personas tienen dificultades para oír. Es necesario preguntar sobre cada emoción de una en una (“triste, avergonzado, temeroso, ansioso e infeliz”). Puede suprimirse la segunda parte de la pregunta (acerca de la frecuencia). Se propusieron las siguientes variaciones:

¿Alguien cercano a usted le ha hecho sentirse molesto por haberle gritado o regañado?

¿Alguna vez alguien le ha gritado? Seguido de: “o le ha dicho cosas que hirieron sus sentimientos?”

¿Su familia o alguien en su casa le ha gritado o le ha regañado, o ha dicho cosas sobre usted de un modo que le hizo sentirse molesto durante largo tiempo? Si se necesita aclaración, pregunte si “le hizo sentirse muy triste, preocupado, temeroso, avergonzado, inútil o infeliz”.

¿Alguien cercano a usted le ha gritado o le ha hablado de forma injustificada, o le ha hecho sentirse especialmente triste, avergonzado, temeroso, preocupado o infeliz de un modo que le afectó durante largo tiempo?

¿Alguien cercano a usted le ha gritado o ha sido poco amable con usted?

Pregunta 8: Es una pregunta muy buena. Adecuada y sencilla. No es necesaria la segunda parte. Deberían añadirse algunos ejemplos para que la persona mayor pudiera comprenderla mejor (por ejemplo, propiedades, objetos, dinero, bienes, etc.).

Se podría sustituir “firmar documentos” por “impresión del pulgar”, puesto que la mayoría de las personas mayores no tienen estudios o son muy escasos. Tal vez se puedan incluir, aparte de la familia, a parientes cuando se pregunta acerca de las personas en las que se confía. Se hicieron las siguientes sugerencias:

¿Ha sido económicamente estafado por alguien en quien usted confiaba?

¿Alguien le ha pedido que entregue su dinero y/o su casa?

¿Alguien en quien usted confía hizo un mal empleo o trató de hacer un mal empleo de su dinero, bienes o propiedades, o le obligó a firmar documentos que usted no comprendía o que no quería firmar?

Pregunta 11: Todos los médicos de Atención Primaria consideran que es una pregunta oportuna e importante para detectar maltrato a personas mayores, puesto que es muy directa y muy fácil de realizar. Se sugirió lo siguiente para reformular la pregunta:

¿Alguien le ha hecho daño físicamente, por ejemplo, le ha pegado, empujado o encerrado/atado?

Señalaron las preguntas 7, 9 y 11 como las menos relevantes.

Se realizaron algunos comentarios sobre las preguntas en general:

- Debería haber dos requisitos previos para la detección. Uno es la **privacidad** y otro es la **formulación de las preguntas**. Todas estas preguntas tendrían que realizarse como una conversación más que como un cuestionario o una lista de referencia. Los médicos de Atención Primaria podrían familiarizarse más con estas preguntas y sería entonces más fácil incluirlas como parte de su consulta.
- Como el médico de Atención Primaria emplea sólo 15-20 minutos con cada paciente, **doce preguntas son más que suficientes**. Los médicos pueden también escoger las preguntas más adecuadas para la situación de la persona mayor.

- Hacer estas preguntas requeriría además un **examen físico** como parte de la observación.
- **Las enfermeras podrían realizar todas estas preguntas** en vez de los médicos.
- Los médicos sólo pueden hacer estas preguntas tras varias visitas de la persona mayor a la consulta.
- Puede ser necesario **reordenar las preguntas** para obtener una mejor respuesta. Por ejemplo, tal vez no se obtenga respuesta si se comienza con la pregunta 1, pero sí se obtenga si se comienza con las preguntas 2 y 3.
- **Los hombres mayores son más reacios a contestar** que las mujeres mayores.
- En general fue **difícil traducir estas preguntas** al chino y a sus dialectos o al bahasa melayu.

Grupos de trabajo:

2. Grupo de trabajo con trabajadores sociales

Se llevó a cabo un grupo de trabajo con 18 trabajadores sociales de diferentes ámbitos, como hospitales de Singapur y organizaciones de ayuda voluntaria. Aquí, el propósito del grupo de trabajo era obtener las percepciones y consideraciones sobre la aplicabilidad del Formulario de Evaluación de Trabajo Social en Singapur. Las observaciones incluyeron cuestiones sobre **la redacción del formulario, que se consideró restrictiva**, y que no ofrecía un amplio espacio para que el trabajador social o el médico que valoraba pudieran analizar más. Los trabajadores sociales mostraron sus **reservas sobre la utilidad y la extensión del formulario**, no pudiendo centrarse en valorar la dimensión del maltrato. Para el manejo/actuación en una situación de crisis como es el maltrato a personas mayores sería deseable limitar las preguntas y hacer más hincapié en aquellas que analizan la gravedad, los antecedentes y la frecuencia del maltrato. Además, los participantes pusieron reparos a la aplicabilidad del formulario al contexto de Singapur, teniendo presente que se desarrolló para el ámbito occidental. **Las preguntas deben diseñarse teniendo en cuenta las sensibilidades** culturales concretas de cada lugar.

Los trabajadores sociales coincidieron en que debía contemplarse el maltrato a personas mayores en sus diferentes categorías, dando así la misma importancia a cada categoría. Esto puede realizarse ideando una **lista con indicadores de riesgo para detectar** cada tipo de maltrato, que indique el tratamiento y la intervención.

3. Grupo de trabajo con trabajadores sociales y profesionales de Atención Primaria

Se organizó un grupo de trabajo con diez participantes (médicos de Atención Primaria y trabajadores sociales) para debatir sobre la aplicabilidad y conveniencia del Manual de la OPS según sus perspectivas profesionales y contextuales.

Los médicos y trabajadores sociales señalaron que la definición de maltrato a personas mayores en el Manual de la OPS es diferente a la empleada por el Nacional Center on Elder Abuse (NCEA) (58). Esta última incluye siete tipos de maltrato, de los que **el abuso sexual aparece como una categoría distinta**. También **el abandono, la negligencia y la autonegligencia son tres categorías** o tipos diferentes. Debido a la naturaleza multidimensional del maltrato a personas mayores, tanto los médicos como los trabajadores sociales subrayaron la importancia de adherirse a una definición ampliamente usada de maltrato a personas mayores, por ejemplo, la del NCEA.

Respecto a los indicadores de riesgo, los médicos y trabajadores sociales hicieron hincapié en que en Singapur **muchas de las decisiones relativas a las personas mayores necesitan consultarse con la familia y obtener su consentimiento**. Ello podría deberse en gran parte al contexto cultural del país, en el que los valores de la familia están por encima de los derechos y de la autonomía individual. La falta de recursos tiende a situar los puntos de vista de las personas mayores en una posición desfavorable, que obliga a los trabajadores que actúan en primera línea a juzgar situaciones desde la perspectiva de las familias.

(58) NCEA: Centro Nacional sobre Maltrato Hacia Personas Mayores.

En conjunto, los factores de riesgo son útiles como lista, pero para los médicos no sería adecuado denominarlo guía diagnóstica porque los indicadores no eran suficientemente específicos. **Se prefirió una lista de referencia** que pudiera emplearse al final de la evaluación.

Se sugirió además que los factores de riesgo identificados en el apartado 2.1 deberían incluir también lo siguiente: **enfermedad mental, antecedentes de relaciones conflictivas a largo plazo, grandes necesidades de cuidados, demencia y otros aspectos conductuales que pudieran desencadenar el maltrato.**

Acerca del diagnóstico del maltrato a personas mayores los médicos y trabajadores sociales opinaron que la Tabla 1.2 del apartado 2.2 (*Diagnóstico del problema*) debería adoptar un diagnóstico sociomédico. Esto supondría reunir un grupo de médicos de Atención Primaria y trabajadores sociales con experiencia en Medicina y trabajo social respectivamente para realizar un debate de equipo.

Respecto a un plan de actuación, se sugirió **crear una línea directa/de ayuda** a la que los médicos pudieran llamar y derivar cuando sospechan casos de maltrato a personas mayores. El grupo hizo hincapié en la falta de autoridades adecuadas para debatir sobre ayuda en la gestión económica, tutela y procedimientos judiciales especiales. Además, se estimó que el diagrama de la Figura 1.3 era algo rígido.

Cada profesión ve el maltrato a personas mayores de forma distinta. Mientras **los trabajadores sociales son más proclives a involucrarse** y desearían compartir sus experiencias con los demás sobre el manejo de casos de maltrato a personas mayores, **los profesionales de Atención Primaria, sin embargo, son más reacios** a participar, sobre todo a realizar las doce preguntas, salvo que ellos sean mayores. Esto puede deberse a la falta de tiempo que tienen con sus pacientes o al papel y las responsabilidades que se atribuyen a cada profesión. Se necesita llegar a más profesionales de Atención Primaria de Singapur y aumentar sus niveles de conocimiento y de concienciación sobre este problema.

Resulta vital disponer de un conjunto de preguntas en forma de cuestionario probado. No obstante, **los médicos necesitan saber cómo derivar a otros profesionales** (como trabajadores sociales) para poder manejar y llevar casos sospechosos. También se debe revisar **el papel de las enfermeras** en este proceso de detección de casos de maltrato a personas mayores. Sin embargo, puede haber consideraciones "éticas" en este tema, y en la ley actual de Singapur no es obligatorio informar.

Está claro que se necesita traducir cualquier instrumento a las diferentes lenguas empleadas en Singapur, de lo contrario los médicos de Atención Primaria u otros profesionales sanitarios tendrán dificultades para preguntar a la persona mayor.

En Singapur existen estrategias de seguimiento para detectar casos de maltrato hacia personas mayores (59). Éstas incluyen realizar una pregunta fundamental, seguida de una pregunta secundaria, a las personas mayores que pudieran ser objeto de maltrato, antes de decidir llevar a cabo la intervención necesaria. En la actualidad se está diseñando un sistema, que será puesto en marcha en uno o dos años, con un enfoque multidisciplinar para hacer frente a casos de maltrato a personas mayores.

Los trabajadores sociales y los médicos recomiendan establecer una plataforma o foro continuado en el que los trabajadores que actúan en primera línea puedan compartir información sobre maltrato a personas mayores y sobre actualizaciones de investigaciones publicadas en revistas.

En términos de estrategia, los programas deberían centrarse en **augmentar el nivel de concienciación entre los profesionales de Atención Primaria así como su formación relativa a casos de sospecha de maltrato a personas mayores.** Es también necesario implicar al Gobierno en este programa para que los profesionales de Atención Primaria puedan ocuparse de este problema. Sin el apoyo estatal es bastante difícil que se involucren estos profesionales.

(59) Ofrecidas, por ejemplo, por centros específicos como PAVE (Promoción de Alternativas a la Violencia) y el Centro de Asesoramiento SAGE (Grupo de Acción de Ancianos de Singapur)..

Resumen del informe de Suiza

Debates de grupos focales

1. Debate del grupo focal con personas mayores

Se llevó a cabo un debate en un grupo focal con 29 personas mayores (19 mujeres y 10 hombres). Los participantes tenían una media de edad de 79 años.

Hubo acuerdo general en **mantener las preguntas 4, 5, 6, 8 y 11**.

Pregunta 4: La mayoría de las personas mayores la consideraron adecuada y útil.

Pregunta 5: Los participantes no vieron redundancia en la pregunta pero consideraron que el tema era demasiado complejo.

Pregunta 6: Se estimó que el tema era excesivamente extenso. Sería más comprensible si la pregunta se apoyara con varios ejemplos.

Pregunta 8: La mayoría de las personas mayores consideraron que era importante.

Pregunta 11: Se estimó necesaria para detectar maltrato hacia personas mayores. Las personas mayores consideraron que la segunda parte era útil para valorar el grado de maltrato.

2. Debate del grupo focal con médicos

Se estableció un debate en un grupo focal con once médicos de Atención Primaria (cinco hombres y seis mujeres). Sus edades oscilaron entre los 34 y los 65 años.

Las cinco preguntas escogidas como **las más importantes fueron la 4, 5, 6, 8 y 11**.

Pregunta 4: Se consideró una pregunta esencial.

Pregunta 5: Se estimó que era un tema importante para determinar si hay maltrato físico, era una cuestión directa con la que se podía obtener una respuesta directa. No obstante, se consideró que la pregunta era muy larga y compleja.

Pregunta 8: Es una pregunta muy buena, adecuada y sencilla. No obstante, podría reducirse o reformularse. No es necesaria la segunda parte. Deberían incluirse algunos ejemplos para que las personas mayores la comprendan mejor (por ejemplo, propiedades, objetos, dinero, bienes, etc.).

Pregunta 11: Es una pregunta directa y muy fácil de realizar. Todos los médicos la consideraron adecuada e importante para detectar maltrato hacia personas mayores.

Grupo de trabajo

1. Grupo de trabajo con enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales

Se llevó a cabo un grupo de trabajo con diez enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales (todas mujeres, con un rango de edad entre los 26 y los 65 años) provenientes de diversos centros y servicios de Ginebra. El principal propósito del grupo de trabajo fue obtener las opiniones y puntos de vista de las enfermeras y trabajadores sociales sobre la aplicabilidad del SWEF.

También debatieron sobre el conjunto de doce preguntas y **escogieron la 4, 5, 6, 8 y 11 como las más relevantes**.

Las enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales mostraron preocupación sobre cómo definir el maltrato hacia personas mayores. Los trabajadores sociales tenían dudas sobre cómo identificar una sospecha de maltrato y cómo confirmarla.

El grupo mostró preocupación acerca del nivel de intervención: ¿Qué grado de intervención se requiere, sobre todo si la persona mayor tiene enfermedades como deterioro cognitivo o necesita grandes cuidados? Se destacó que debía incluirse a las personas mayores con algunas discapacidades. El grupo hizo hincapié en la necesidad de adoptar métodos de valoración multidisciplinarios y a todos los niveles. Además, se mencionó que el maltrato a personas mayores y la negligencia deberían contemplarse en sus diferentes categorías y de este modo otorgar la misma importancia a todas ellas.

Se plantearon cuestiones acerca de los enunciados del formulario, que se estimaron eran limitantes y no ofrecían amplio espacio para que enfermeras, auxiliares, trabajadores sociales o médicos pudieran explorar más. En general, el grupo expresó sus reservas acerca de la aplicabilidad del SWEF en el contexto de Ginebra.

En la actualidad se están elaborando, en colaboración con la Asociación Alter Ego, estrategias de seguimiento para detectar maltrato y negligencia hacia personas mayores. Se basan en un enfoque multidisciplinario para abordar este problema. También se subrayó la necesidad de revisar el papel de las enfermeras en el proceso de detección de maltrato y negligencia hacia personas mayores. Los grupos recomiendan crear una plataforma/foro permanente y una línea de ayuda, como ALMA en Francia, en la que los trabajadores que actúan en primera línea puedan compartir y obtener información relacionada con el maltrato y negligencia hacia personas mayores.

Otras propuestas incluyeron integrar estas preguntas en los planes de estudios de ética médica, Geriatría y Gerontología. También se podría añadir el cuestionario a la plataforma en internet "Envejecer en libertad", un programa comunitario de atención sanitaria centrado en el respeto a los derechos humanos, la autonomía y la solidaridad.

Parte III

ANÁLISIS DE RESULTADOS.
INFORME NACIONAL

1. INFORME DE LOS GRUPOS FOCALES REALIZADOS CON PERSONAS MAYORES

I. Objetivos y metodología

Enmarcado dentro del estudio de la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Gerontología Interdisciplinaria, cuyo objetivo es adaptar, cultural y lingüísticamente, el índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI), la finalidad de esta parte de la investigación es ser un instrumento de valoración de la aceptación y utilidad del EASI entre pacientes mayores, en el contexto cultural español.

Tal y como se indica en el proyecto del estudio, el EASI es un instrumento breve, de preguntas directas, que se aplica con la historia médica y social, que trata de estar formulado en un lenguaje coloquial, que puede aplicarse con facilidad a mayores sin deterioro cognitivo y que se utiliza para obtener un nivel suficiente de sospecha, que justifique su derivación a equipos con experiencia en maltrato hacia las personas mayores. El EASI, por tanto, no ha sido diseñado para detectar casos, sino para obtener un nivel suficiente de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.

Esta parte de la investigación es la correspondiente a la valoración, aceptación y utilidad del EASI, de las personas mayores. El objetivo específico es que las personas mayores ofrezcan su apreciación, valoración y sugerencias sobre el EASI.

La metodología cualitativa aplicada, siempre siguiendo las instrucciones de la OMS y el CIG, ha sido la técnica del grupo focal, concretamente se han realizado tres grupos con las siguientes características:

- **R. G. n.º 1**
 - Mujeres y hombres de 65 a 70 años.
 - Facultades cognitivas en buen estado.
 - Que estén representadas todas las situaciones de convivencia: casados / viviendo en pareja, viudos, con hijos.
 - Lugar: Madrid (gran ciudad).
 - Fecha: 19 de diciembre de 2005.
 - N.º participantes: 9.

- **R. G. n.º 2**
 - Mujeres de 70 a 75 años.
 - Facultades cognitivas en buen estado.
 - Que estén representadas todas las situaciones de convivencia: casadas / viviendo en pareja, viudas, con hijos.
 - Lugar: Ávila (ciudad pequeña).
 - Fecha: 20 de diciembre de 2005.
 - N.º participantes: 8.

- **R. G. n.º 3**
 - Hombres de 70 a 75 años.
 - Facultades cognitivas en buen estado.

- Que estén representadas todas las situaciones de convivencia: casados / viviendo en pareja, viudos, con hijos.
- Lugar: Badajoz (ciudad media).
- Fecha: 30 de enero de 2006.
- N.º participantes: 7.

Los grupos han sido grabados en audio y transcritos; la moderadora ha entregado a todos los participantes el cuestionario al inicio de la sesión; no obstante, cada una de las cinco preguntas ha sido leída cuantas veces ha sido necesario.

II. Análisis de resultados

Con el fin de que este análisis resulte ordenado, y porque además ha sido así como se han moderado los grupos, siguiendo la guía proporcionada por la OMS – CIG, la secuencia del informe es la de analizar pregunta a pregunta, extrayendo conclusiones de cada una de ellas, siguiendo el orden de las que propone el guión, para llegar a conclusiones globales sobre el conjunto del cuestionario.

El orden de respuestas buscadas para el análisis de cada una de las cinco preguntas del cuestionario es el siguiente:

1.1. *¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar maltrato hacia las personas mayores?*

Sobre esta primera cuestión se debe señalar que no siempre se ha formulado en primer lugar; se ha considerado que, probablemente, era más interesante hacer valorar la importancia, una vez desarrollada la reflexión sobre la pregunta en cuestión, que abrir el debate directamente sobre la consideración de importancia.

1.2. *¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?*

1.3. *¿Hay redundancia en la pregunta?*

1.4. *¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta es, puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?*

1.5. *¿Es una formulación muy larga? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?*

1. PREGUNTA n.º 1: *“¿EN ALGUNA OCASIÓN ALGUNA PERSONA LE HA PROPORCIONADO O FACILITADO AYUDA PARA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: BAÑARSE, VESTIRSE, COMPRAR, IR AL BANCO Y COMER?”*

En caso de respuesta afirmativa, *“¿HABITUALMENTE EXISTEN PROBLEMAS ENTRE USTED Y ESA/S PERSONA/S?”*

1.1. *¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?*

La consideración de “importante”, para detectar situaciones de maltrato, es unánime. La razón es la gran incidencia de las situaciones de maltrato en personas mayores con algún grado de dependencia. No obstante se debería relativizar las respuestas, puesto que existe una tendencia a estar de acuerdo con todo lo que se pregunta en los tres grupos de personas mayores; sólo insistiendo mucho por parte de la moderadora han ido aflorando opiniones más contrastadas.

“... H: Muy importante.

¿POR QUÉ?

... H: ¿Porque se sospechara de todos? Solamente si existen problemas: sí o no.

...

... H: Hombre es más fácil que se dé en ese aspecto en una persona que está incapacitada; yo estoy bien y sin embargo hay algunas veces que necesito ayuda..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

1.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

Con respecto a la comprensibilidad de la pregunta no parece existir problemas *a priori*, ya que ante la pregunta directa la práctica totalidad de las personas mayores manifiestan con rotundidad haber entendido lo que se les pregunta.

"... Yo sí que lo entiendo.

...Yo también entiendo.

... También..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

No obstante, en la práctica, surgen algunos problemas en la comprensión referidos principalmente a lo siguiente:

- ✓ En primer lugar se observa una tendencia a entender que es a la persona mayor, a quien se ha dirigido una tercera persona, en alguna ocasión, en petición de ayuda; es decir, que son ellos /as quienes han prestado la ayuda a otras personas cuando se la han pedido.

"... Si particularmente te han pedido ayuda, vamos, yo lo entiendo así. Sí a mí particularmente me han pedido ayuda esa persona para que la ayude a lo que sea..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

- ✓ Otros entienden que en realidad se les está preguntando si actualmente o en algún otro momento de su vida reciente necesitan algún tipo de ayuda para las actividades que enumera la pregunta.

"... Pues yo creo que si una persona necesita, por ejemplo, ayuda para bañarse, lo normal es que le diga, te necesito para que me bañes, porque yo humanamente no puedo, yo creo que si esa necesidad entre esa persona, o no puede salir a comprar, o necesita otra persona que se lo vaya a hacer, pues me parece lo más lógico, lo más lógico que esa ayuda que esa persona que lo necesita que tenga a alguien que le pueda echar una mano, porque si no, si no se puede bañar sola, pues tendrá que necesitar a alguien que..."

...

... Lo diría, ¿a usted le han facilitado o le han dicho si necesita ayuda para estas cosas?..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

"... M: Pues simplemente nos están preguntando si nos tenemos que, nos han ayudado para vestirnos, para..."

... H: Si necesitamos ayuda, si necesitamos ayuda.

... M: Si necesitamos ayuda.

... H: O estamos capacitados todavía para funcionar bien..."

R. G. n.º 1, Hombres y Mujeres, Madrid

- ✓ Otros interpretan que se les pregunta sobre si han sido ellos objeto de un ofrecimiento de ayuda desde las instituciones públicas; como ejemplo citan la "ayuda a domicilio".

"... Sí, yo comprendo que dirán que si nos han ofrecido, por ejemplo, eso de los médicos, y eso de que van a las casas que lo necesitan, que si nos han ofrecido alguna vez, venir para echarnos una mano..."

...

... Por regla general no, que no hay una persona que se ofrece, que no, yo para mí que no, de decir, ofrecerse, que no, que eso es lo que yo entiendo..."

R. G. n.º 2, Personas mayores, Mujeres, Ávila

"... H: No es que solamente pregunten eso, no, si no una de las cosas que te dan a entender también es que se ofrecen a hacer gestiones a ver, ayudarte a desenvolverte en la vida..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

Por ello, aunque aparentemente es una pregunta sencilla y bastante fácil de comprender, hay que matizar esta primera impresión y concluir que puede llevar a un error de comprensión

"... Es que no..., ahí lo que dicen, lo dice, pero que no está bien dicho, no está bien dicho..."

...

... Es que esta pregunta no está bien, yo creo, si has tenido ayuda, yo no sé ahí es otra pregunta.

... Porque no será tener esa ayuda si la has tenido y esa persona se ha ofrecido.

... Si lo que pregunta es si la ha tenido.

...

... Que no está la pregunta bien clara, me parece a mí que no está muy clara la pregunta..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

Hay que señalar, sin embargo, el hecho positivo de que la enumeración de acciones (bañarse, vestirse, comprar, ir al banco y comer) simboliza y sintetiza bien todo lo que una persona mayor puede necesitar, por lo que no sobra ninguna; en todo caso alguno echaría de menos ir al médico, porque es una ayuda que ellos proporcionan a otras personas.

... Sí, sí, acompañarla al médico, mil veces que tengo que hacerlo, mañana es el último día...

¿FALTARÍAN COSAS, POR EJEMPLO?

... Yo, por ejemplo, tengo que ir con mi señora al médico, tengo que ir, porque ella no está en condiciones, tiene unas depresiones y unas cosas raras y se encuentra mal..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

"... Eso eran, eso son ejemplos que da, que no quiere decir que sean esos cinco casos, que se puede dar múltiple de casos, muchos más casos, ¿no?, eso lo da a entender que eso se ha puesto un ejemplo de lo que se puede hacer, pero no son los únicos, son muchos más lo que pueden hacer, esas personas que se ofrecen a ayudar, por ejemplo, a los demás. No sé si me he explicado..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

Con respecto a la segunda parte de esta pregunta, no hay problemas de comprensión. No obstante, alguna persona mayor señala que hay fórmulas de lenguaje más cotidiano, que son más sencillas y claras, como, por ejemplo, la expresión muy generalizada "llevarse bien, llevarse mal".

"... Hombre, pues sí se lleva bien o se lleva mal..."

SE LLEVA BIEN O SE LLEVA MAL.

... Claro...

... Se puede decir: ¿Se lleva bien o se lleva mal con esa persona?...

¿SERÍA MÁS FÁCIL PREGUNTAR SI ENTRE ESA PERSONA Y USTED SE LLEVAN BIEN O SE LLEVAN MAL?

... Sí, eso es más claro, por supuesto.

... Usted se lleva bien con este hombre o se lleva bien con esta mujer, ya está..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

“¿QUÉ SE ENTIENDE CUANDO LE ESTAMOS PREGUNTANDO SI HAY PROBLEMAS ENTRE UNA PERSONA Y USTED?

... M: Si lo hace a disgusto, entonces sí habría problemas, pero si lo hace con amor y todo pienso que no hay ningún problema.

... H: Y ponerse de acuerdo.

¿PERO SE ENTIENDE O NO LO QUE SE ESTÁ DICIENDO?

... H: Sí.

... H: Sí.

... M: Sí..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, hombres y Mujeres, Madrid

Con respecto a la comprensibilidad y dificultad que puedan presentar palabras concretas, la única que podría causar algún problema es PROPORCIONAR. Algunas sugerencias apuntan a que podría ser sustituida por TENER, un verbo más simple y de total comprensibilidad.

“... Así, simplemente.

... Pues si has tenido ayuda, si no la has tenido, pues no la has tenido.

... Simplemente así.

...

... Tiene que ser proporcionar.

... Proporcionar.

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

1.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

Las personas mayores no aprecian redundancia; no obstante, objetivamente es obvio que la palabra ALGUNA se repite hasta tres veces en la frase, como pronombre (1) y adjetivos indefinidos (2).

1.4. ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

No hay un acuerdo en cuanto a la oportunidad de incluir varias cuestiones en una sola pregunta, fundamentalmente porque se mezclan actividades de distinta índole, que describen distintas necesidades para las que una persona mayor puede necesitar ayuda. En terminología profesional unas actividades referencian actividades básicas –vestirse, bañarse y comer– y otras son de tipo instrumental –ir al banco y comprar–, para las que la persona mayor puede necesitar y recibir ayuda; pues bien, las personas mayores no utilizan esta terminología, pero con sus palabras vienen a decir que habría que diferenciar unas y otras actividades porque la ayuda que para unas u otras se pueda necesitar es de índole bien distinta

"... Pues yo creo que una cosa es tener que hacer la compra a una persona que humanamente no puede, porque tiene ya dificultad con las piernas o con los años y no puede, pues a lo mejor puede hacerlo otra persona y ir a comprar nada más, y ir al banco es..., pero luego ya en el meterse a bañarse y en el darle de comer pues es porque una persona ya está completamente que no puede defenderse ni con las manos ni con nada, y necesitaría pues..."

...

¿SE LES FRENARÍA UN POCO A CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE EL HECHO DE QUE LES PREGUNTEN COSAS TAN DISTINTAS?

... Pues a mí sí, me extraña la pregunta toda englobada, porque cada cosa es distinta. Yo, por ejemplo, si soy un poco analfabeta y no entiendo una cosa que tengo que hacer en el banco, necesitaré una persona que vaya a ayudarme a eso, pero si tengo por ejemplo una cosa de invalidez, pues sería otra persona, otra cosa distinta, para mí, para mí es distinto..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

1.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

No hay una postura unánime; para algunas personas mayores la pregunta tiene una longitud correcta, incluso podrían incorporarse algunas otras actividades que echan de menos de la vida cotidiana. Sin embargo, otras personas consideran que la formulación es larga y debería aligerarse en beneficio de su mejor comprensibilidad.

"... Sí, porque yo esa pregunta no la veo muy... muy así para contestar, es muy, muy..., está como un poco, como un poco enrolladita.

ENRROLLADITA.

... Sí. Para mí es eso, que está un poco enrollada, porque, hombre, yo creo que tontas no somos y entendemos las preguntas, pero de otra forma..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

"... pero vamos, yo creo que como pregunta está bien. Ni es larga, ni es corta, pues hasta podría haber más todavía, poner más..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

Entre quienes plantean la posibilidad de incluir más actividades, éstas se refieren a aquellas en las que han tenido experiencia personal, bien en dar o en recibir ayuda.

"...Yo entiendo que nos pregunta si hemos necesitado ayuda, yo le contestaría a la doctora, pues sí, he necesitado ayuda auditiva algunas veces, porque soy sorda y no oigo bien la puerta..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

Desde esta doble percepción se plantean otras tantas tendencias que ofrecen ideas sobre posibles formulaciones de la pregunta.

- ✓ Dividir esta pregunta en varias más cortas y referidas cada una de ellas a una actividad; es decir, descomponer la pregunta en tantas como actividades sobre las que se quiera preguntar.

¿ES MEJOR PREGUNTARLA DE UNA EN UNA O ES MEJOR PREGUNTARLO TODO JUNTO?

...

... Claro, porque lo vas diciendo.

... Porque se entiende mejor.
... Se entiende mejor.
... Según que haces preguntas, pues claro.
... Ahora, si entiendes bien la pregunta, pues es mejor así..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

"...H: Es que a lo mejor la pregunta sería más concreta decir, si en algunas de estas ocasiones, concrete. Solamente vestir, ir al baño, y al banco, etc., porque ahí entiendes lo que dice, ir al banco y te ayuda, yo te hago una gestión en el banco, o tengo que ir a comprar, yo te compro, pero luego ya no me digas que te vista, ni que te....., que no lo hago. Te estoy hablando en hipótesis también, eh..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

Mantener la pregunta como está, enumerando todas las actividades, dándoles un contenido global de los distintos tipos de ayuda. Las propuestas en este sentido conllevan la aceptación de que la persona mayor a quien se le pregunte debe hacer un esfuerzo globalizador para comprender la pregunta, entendiendo que no se le pregunta por todas y cada una, sino que debe responder afirmativamente aunque haya recibido ayuda para una sola de las actividades; será quien formula la pregunta, quien deba aclarar, entonces, el mecanismo de la respuesta globalizada.

"... Englobada quiere decir lo mismo.
... Toda junta, claro...
...
... Es que, claro, es que hay que pensarlo.
... Hay que pensarlo. Y sí que está bien puesta, sí, en alguna ocasión, que ya lo dice, ha necesitado esto, esto y esto, que ya no te dice todo englobado si no te lo va diciendo. Ahora ya sí, ya lo comprendo, es que hay que tener un poco de cabeza, de que a lo mejor no lo pensamos bien..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

2. PREGUNTA n.º 2: "¿ALGUIEN HA IMPEDIDO QUE USTED OBTUVIERA COMIDA, ROPA, MEDICAMENTOS, GAFAS, AUDÍFONO O CUIDADO MÉDICO, O LE HAN IMPEDIDO ESTAR CON LA GENTE CON LA QUE QUIERE ESTAR?"

En caso de respuesta afirmativa, "¿ESTA SITUACIÓN SE HA PRODUCIDO EN MÁS DE UNA OCASIÓN?"

2.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

Como ocurre con la práctica totalidad de las preguntas formuladas, en las personas mayores se observa una tendencia a manifestar que es muy importante; no obstante ésta la consideran aún más porque reflexionan sobre lo habitual y frecuente que es encontrar situaciones del tipo que la pregunta describe.

"... Yo, un cinco.
...
... Yo, para mí la pregunta está muy completa.
... Yo, cinco también.

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

2.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

A priori, como ocurre con la práctica totalidad de las formulaciones de las cinco preguntas, no se encuentran dificultades manifiestas en ésta; el sentido de la pregunta se capta bastante bien: se trata de averiguar las dificultades, trabas, prohibiciones que se le imponen a la persona mayor para hacer cosas, las cosas y actividades que la pregunta relata muy bien, y delimitar hasta dónde llega la protección y dónde empieza la imposición, el mandar.

"... Vamos, que nadie nos lo ha impedido, bueno.

... Que si alguien nos lo ha impedido, no nosotros, yo entiendo eso. Que si a ti alguien te ha impedido todas esas cosas que usted nos ha leído.

Y QUE NO TE LAS HA DEJADO HACER.

...Y que no te las ha dejado hacer.

... Alguien te ha dicho, no hagas eso, si no, esto, no hagas eso. Y ya está.

... No hagas eso..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

"... H: Que te pongan trabas, que te pongan trabas para eso, para hacer lo que sea, impedir.

... H: Que te impidan, y que te digan, no hagas esto.

... H: Claro, toda prohibición.

... M: Que tengas que hacer lo que quieran los demás...

...

... Pero una cosa es que te quieran proteger, otra que te quieran mandar..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

Las dificultades de comprensión, se detectan en la capacidad de entender que se pregunta por cada cuestión, pero la respuesta debe ser unitaria, por lo que si ha ocurrido en una sola, la respuesta debe ser afirmativa; pues bien, se producen casos en los que se entiende que se pregunta por la totalidad y la respuesta debe ser a esa totalidad.

"... Que si alguien nos lo ha impedido, no nosotros, yo entiendo eso. Que si a ti alguien te ha impedido todas esas cosas que usted nos ha leído..."

R. G. n.º 2, Personas mayores, Mujeres, Ávila

Con respecto a la segunda parte de la pregunta, ocurre también que, aunque aparentemente se comprende bien, a la hora de emitir ejemplos de posibles respuestas se percibe que no está muy claro qué significa "más de una ocasión": si el impedimento sobre la obtención de algo deseado, o la estancia con personas con las que se desea estar, se produce de forma reiterada para todas o varias de ellas, o si es el impedimento continuo de una misma cosa. Por otro lado, algunas personas mayores consideran que una o dos negativas puntuales no podrían ser tenidas en cuenta, a la hora de responder a esta pregunta, ya que son formas de trato normal y razonable entre adultos; la reiteración, "más veces" que "más de una vez" es lo que debe considerarse un intento de dominio, y es sobre lo que se debe responder.

"...H: Pues si ha habido más de una vez.

... M: Claro.

...H: O que en vez de ser una, que si te ha ocurrido frecuentemente...

...

...M: Entiendo que es como una dominación porque ya te ven más mayor y dicen no, oye, que vamos a ver, hay que dominar a esta persona porque ya no, ya es más mayor y ya no interesa que haga...

... H: Como que hay.....

... H: Un poco como a los niños, que cuando si tiene... ya quisiera una imposición..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

A pesar de la buena comprensibilidad de la pregunta, hay algún reparo hacia palabras que son percibidas como demasiado formales, entendiéndose que, aunque la formalidad no impide su comprensión, existen alternativas que pueden acercar más la pregunta a la persona mayor. Tal es el caso de "impedido" y "obtener".

"... No entiendo que esa pregunta si es para general, mucha gente, hay gente, no nosotras, pero hay gente que dice ¿a usted le ha impedido?, lo primero es saber lo que es impedir.

... Pues quitarle la idea de una a otra, eso no va a saber la gente que lo que es impedir.

... Pues le digo que no.

... Hay gente.

... Yo conozco gente que le dicen ¿a usted le han impedido?, y se quedan mirando a la luna y ya cuando hablas más con él, lo digo por experiencia, hablas más con ellos y les dices, dice, si me dijera usted lo que quiere decir impedir..."

...

... Impedido y obtener.

...IMPEDIDO Y OBTENER.

... Impedido.

... Y obtener..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujer, Ávila

Para el primer caso, "impedido", las alternativas que se proponen son verbos que pudieran parecer que alargan la frase, pero de hecho la transforman en más sencilla y cercana al vocabulario cotidiano: "no le han dejado estar", "no le han dejado tener", en realidad la propuesta es utilizar el verbo "dejar" en negativo, con estar, tener, o cualesquiera otros que pudieran tener sentido por la actividad a la que referencian. Alguna persona señala también el verbo "negar".

"... Más clara para mí negar..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

¿QUE OTRA PALABRA PODRÍAMOS UTILIZAR QUE FUERA MÁS FÁCIL, QUE LA COMPRENDIERA MÁS FÁCILMENTE LA GENTE A LA PRIMERA?

... ¿A usted le han quitado de hablar con sus amigos?

¿LE HAN QUITADO?, ENTONCES PARECE QUE LES ESTÁ ROBANDO.

... No, hombre.

... Le han quitado, no le han dejado, no le han dejado hablar con sus amigos.

...

... No le han dejado estar.

... Eso es más fácil

... No le han dejado estar.

... Eso es más fácil..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

Respecto al verbo "obtener", la alternativa más cercana es el verbo "tener".

"... El tener, por ejemplo, el tener... también podría decir, a ti te han privado, o te han privado..."

... A ti no te dejan..."

... Te han privado de tu..., o no te dejan tener relaciones con, o hablar con tu familia, o lo que sea, tener o privar, pero es igual, yo creo que es igual, tener o privar.

...

... Que no te dejen..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

Las propuestas para establecer cambios en algunos términos se producen principalmente en el grupo de mujeres; los otros dos grupos se muestran más conformes con la formulación propuesta sin observar la necesidad de cambiar términos.

UNA PERSONA QUE HA IMPEDIDO, ¿SE ENTIENDE BIEN?, QUE ES LO QUE HAN DICHO POR AQUÍ, TRABAS. ¿HABRÍA UNA FÓRMULA QUE USTEDES CREEN QUE LA GENTE LA ENTENDERÍA MEJOR? ¿O DICHO ASÍ SE ENTIENDE?

... M: Se entiende, yo para mí se entiende.

... H: No creo, no creo que hubiese otra palabra así como está ahí escrita ahí, que se entiende perfectamente.

... M: Perfectamente se entiende lo que se quiere decir.

... H: Que te impiden lo que tú quieres hacer.

... H: Es como prohibir, es la prohibición.

... M: No entiendo muy bien lo que pregunta.

... H: No, pero es que prohibir te lleva a la conclusión de que te lo prohíbe tajantemente, ahí te lo impide, que luego lo realices o no lo realices, ya llegamos a un punto, pero vamos, prohibir taxativamente, tú no haces esto porque yo no quiero, y sin embargo, ahí te lo impide, que luego lo realizas o no lo realizas, pero vamos, el sentido es el mismo..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

"... La verdad es que se entiende fenómeno, se entiende maravilla.

... Creo que se entiende fenómeno..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

2.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

No aparecen comentarios, ni espontánea ni sugeridamente, que permitan deducir que esta pregunta presenta problema alguno de redundancia.

2.4. ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

No se plantea ningún problema con el hecho de que se incluyan varias situaciones en la misma pregunta y ello influya negativamente en su comprensibilidad. El único problema, con respecto a la multiplicidad de actividades o cuestiones sobre las que se pregunta, podría devenir de la segunda parte de la pregunta, tal y como se ha dicho anteriormente al analizar la "formulación". Es decir, que la frecuencia no se entienda bien a qué debe aplicarse, si a una de las cuestiones o a la globalidad.

2.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

Desde algunas personas se considera que la pregunta es larga, sin embargo para otras parece la extensión adecuada. Es difícil llegar a una conclusión, ya que partimos de una buena predisposición de las personas mayores a estar de acuerdo con lo que perciben que piensa la moderadora, tanto en esta cuestión como en casi todas las demás. Incluso para quienes resulta algo larga, esta característica no merma claridad.

"...M: Pues a mí me parece muy buena porque te están preguntando una cosa, que si tú crees lo que te están preguntando, y yo le he contestado que no, que lo entiendo perfectamente lo que ha preguntado, que ni es larga, ni es nada, es una pregunta cortita.

... H: Se asocia con varias cosas, se asocia con varias cosas. Que si te impiden en audifono, que si te impiden hablar con la familia, si te prohíbe gastar dinero, y muchas, tiene muchas connotaciones..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

"... Me parece muy larga, si cortaran un poquito, quedaría mejor.

USTED ¿QUÉ DECÍA?

... Larga, pero se entiende.

... Larga, pero se entiende

... Yo, también, larga, pero se entiende perfectamente.

... Sí, es larga, pero se entiende bien..."

R. G. n.º 2 Personas Mayores, Hombres, Badajoz

Al igual que ocurre con la primera pregunta del cuestionario, también hay quien propone dividir ésta en varias, tantas como cuestiones que se formulan en su contenido; la pregunta se transformaría en un formato más cercano al test.

"... Pues con un test sería mas fácil contestarlo casi, decir, aparte de numeración de las preguntas, le voy a decir, ¿te han puesto impedimentos en alguna de estas cosas?, ir al banco, lo otro, lo otro, lo otro, entonces, si le ha ocurrido alguno, si le ha ocurrido alguno de esos, entonces se podría matizar, pero si se globaliza todo vamos al sí o al no..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

3. PREGUNTA n.º 3: ¿SE HA SENTIDO MOLESTO PORQUE ALGUIEN LE HA TRATADO DE ALGUNA FORMA QUE LE HA HECHO SENTIRSE AVERGONZADO O AMENAZADO?

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

3.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

3.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

La comprensión de la formulación de esta pregunta suscita debate por cuanto aborda un tema especialmente sensible para las personas mayores. La práctica totalidad de los grupos manifiestan, más o menos explícitamente, que han sufrido sensaciones como las que la pregunta trata de recoger; no sólo lo relatan referido a los últimos doce meses, sino que lo hacen con referencia a casi toda su vida, y no sólo a su relación familiar o con personas allegadas, sino en general. Por lo tanto, la primera dificultad que presenta la pregunta es que hay que establecer con mucha claridad las referencias temporales y relacionales.

"... Hay algunas veces, algunas veces, que estás hablando con tus hijos o con algunos y te hacen preguntas como que quieren ser más y a ti no darte importancia, o sea, como una cosa que la veo bien. Malas contestaciones a lo mejor, un poco bruscas, o más simulando que eres más listo o intención de molestar, no avergonzarte, sí molestar.

... Yo me he sentido, pero fuera de casa.

... Es que puede ser de la familia, o no ser de la familia..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, hombres y Mujeres, Madrid

A esta dificultad se suma la introducción de la palabra "trato", en la expresión "le ha tratado", que sugiere referencias a todo trato en todos los ámbitos, cotidianos y menos cotidianos; por tanto abre el espacio de referencia relacional aún más; por ejemplo, al mundo médico – sanitario.

"... Es un señor que será muy listo, pero para mí, para mí, no para mí, para mi marido no lo ha sido, porque se le ha dejado morir sin mandarle un electro o hacerse unos rayos, porque como él se cree que se lo sabe todo, pues nada, pues nada, resulta que mi marido tiene un cáncer en el estómago.

...

... porque el que se cree que se sabe todo, es muy eso, de Medicina General todo, el de cabecera, y entonces pues eso, yo en eso estoy dolorida, pero avergonzada y eso no, eso no, pero dolorida sí...

...

"... Yo lo que pienso es que creen que somos ignorantes, yo es lo que creo, que creen que somos ignorantes, yo desde luego problemas con ellos no he tenido nunca, pero sí, que cuando vas, a lo mejor te tratan como de..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

El debate sobre esta pregunta debería partir de la consideración de que es difícil no establecer diferencias en el significado de las palabras "amenazado", "avergonzado", y al mismo tiempo considerar que lo que entienden como contenido de la pregunta tenga como consecuencia sentirse amenazado o avergonzado. Veamos como se desarrolla el debate:

- ✓ La palabra "dolido" podría integrar mejor los dos adjetivos, ya que sería una síntesis de ambos, pero menos dura. Esta sugerencia se inscribe en el deseo consciente de, por una parte, no querer reconocer que sean las personas más cercanas, familia o allegados, quienes hacen sentir ese tipo de sensaciones, cuando no les tratan correctamente, y por otro lado, reconocer más fácilmente consecuencias menos duras que la vergüenza o la amenaza.

"... Sí, yo he dicho que dolida sí, avergonzada o amenazada no.

PORQUE ¿QUÉ DIFERENCIA HAY ENTRE DOLIDO Y AVERGONZADO, QUE DIFERENCIA HAY?

... Pues amenazado que es como amenazar a una persona de equis, de hacer cosas o lo que sea, y dolorido pues es otra cosa.

... Por una acción que te hayan hecho.

... Claro, una acción que te hayan hecho te has sentido muy dolorido...

...

... Hombre, pues que avergonzado hay cosas que te duelen y te duelen.

... No, pero eso es amenazado, pero avergonzado...

... Que no te hagan caso también.

... Son distintas las dos.

... También que has dicho una cosa que luego la piensas y dices, me siento avergonzada de haber dicho eso. Y amenazado es otra. Amenazar es que te amenazan a ti. Avergonzado es que lo hayas hecho tú mismo, me parece a mí.

... Son distintas..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

"... H: Yo una cosa que he hecho bien, por mucho que me digan, no me siento avergonzado, pues creo que lo he hecho bien.

... M: Se siente uno dolido, dolido.

... H: Eso sí, pero avergonzado no.

... M: Si haces una cosa bien y te recriminan, te sientes muy dolido por dentro.

... M: Y avergonzado.

... M: Bueno, no, pero dolida sí, de que pones todo tu cariño y luego te lo echan abajo. Eso, dolido, no amenazado ni avergonzado..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

- ✓ El grupo de hombres y mujeres de Madrid establece con bastante criterio la diferencia de significado que hay entre sentirse amenazado y sentirse avergonzado; la siguiente cita textual describe muy bien los distintos significados: la amenaza se verbaliza, la vergüenza se siente en situaciones más sutiles, en las que no tiene porqué existir una verbalización expresa:

"... H: Además la amenaza suele ser casi siempre de palabra, pero la vergüenza casi nunca..."

...

... H: Que te repliquen algo, y entonces te sientas avergonzado porque no lo has hecho bien, pero casi siempre es como dice el señor, que estés en un sitio público o con la familia y te miran, bueno, ya he metido la pata..."

...

... H: Que son palabras distintas y pueden ocurrir... la vergüenza es normal, sin embargo la amenaza es un punto más fuerte..."

...

... Con una mirada te pueden tratar mal. Tú estás haciendo ruido al comer y tu hija o tu nuera te mira así..."

... Es una llamada de atención subliminal..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

- ✓ La amenaza se sitúa en un terreno más duro que la vergüenza; desde las manifestaciones de los mayores se aprecia una cierta tendencia subliminal a asociar vergüenza como consecuencia de una acción propia incorrecta, bien sea consciente o inconsciente (hacer ruido en el cine, comiendo, etc.), que provoca en los demás miradas, actitudes, que son las que originan el que se pueda sentir vergüenza. En este sentido la vergüenza tiene como causa una acción propia, la amenaza no. Existe diferencia conceptual entre ambas palabras y crea confusión la utilización de ambas en la misma pregunta separadas por una "o".

"...H: Hay una cosa que se dice, que es buscar tres pies al gato, y buscando tres pies al gato con esa pregunta, juntarla con vergüenza y amenaza, es que es distinto..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

"... pero nosotros no estábamos hablando de eso, estábamos hablando de avergonzar, es distinto. Avergonzar es una cosa y amenazar es otra, para mí, por lo menos, vamos..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

- ✓ Por sentirse avergonzado se entienden las dos acepciones: la causada por la acción de uno mismo y la causada por la acción de otros; es esta última la que podría ser considerada como causa de sospecha de maltrato, mientras que la primera es más difícil considerarla como tal, ya que en alguna medida las personas mayores justifican que suscite vergüenza.

"... Pueden ser las dos versiones, claro, pueden ser las dos cosas, que te puedes sentir avergonzado..."

... Por lo que tú has dicho.

... Exactamente.

... Por haberlo dicho inconscientemente.

... Y claro, por lo que te hayan dicho..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

"... M: A veces, por ejemplo, pues claro, como nosotros no tenemos estudios, pues a lo mejor está en una situación, esa persona tiene estudios, entonces, pues si no te sabes explicar bien o lo que sea, esa persona a lo mejor como que....."

... M: Te humilla un poco.

... H: Te avergüenza.

... M: Y entonces, claro, te sientes avergonzado y dolido, porque dices, bueno, yo bastante desgracia tengo con no haber estudiado, pero usted podría tener un poquito de más educación, él sí ha estudiado..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

- ✓ Una vertiente de la comprensión de amenaza es también aquella que manifiestan quienes la asocian con venganza, lo que le conferiría todavía un significado más duro y extremo.

"... O si tú tienes, por ejemplo, una persona que está enferma, tratándose de médicos, por ejemplo, dice, pues ahora me voy a vengar en que no voy a visitarle, o que no te voy a recetar. Yo para mí es eso, una amenaza. Una amenaza para mí es eso..."

...

... Otro tipo de venganza, por ejemplo, decir, voy a dejar avergonzada delante de tal y tal persona, me voy a vengar de esta manera.

... Claro, eso es una amenaza, eso es amenazarle a esa persona, pero si tú has recibido esa, ese tipo de eso, pues dices, ahora me voy a vengar yo, porque me he avergonzado, porque me ha dejado en este plan..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

- ✓ Desde estas acepciones más extremas de la palabra "amenaza" se deriva una cierta asociación con el tema del maltrato de género, y desde el maltrato de género se alcanzan sensaciones, situaciones de amenaza, vergüenza y venganza.

"... Yo he visto de los matrimonios que pasa por ahí, de las amenazas, de.... pero como no van cuenta, se tienen que dar cuenta la primera vez que las pegan, las quieren pegar..."

... Matándolas, y eso es lo que habría que quitar..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

- ✓ Un tipo de trato que a primera vista podría no ser constitutivo de vergüenza ni de amenaza es aquel en el que a las personas mayores se les trata, habla o considera como niños: es la infantilización del trato en su vertiente de excusa, para de hecho emitir una amenaza.

"... Eso es: "cómo hagas tal, como molestes mucho, te voy a meter en una Residencia"; eso pasa en muchas casas..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

Todos estos matices que surgen del análisis y debate sobre esta pregunta, no son sino fórmulas de cómo cada uno entiende su contenido; no obstante, lo que se aprecia a través de las explicaciones y ejemplos que surgen es que se entiende que sobre lo que se está preguntando es por lo que afecta al ámbito psíquico, más allá de cualquier daño físico.

La única palabra que realmente presenta algún problema es "amenaza", y no porque exista algún problema de comprensión, sino por ser considerada excesivamente fuerte.

"... H: Sobre la palabra amenaza, amenaza, porque lo otro sí, es igual, pero la palabra amenaza es..."

... M: Un poco fuerte.

... H: Muy fuerte.

¿ES MUY FUERTE?

... M: Molesta, yo, molesta, molesta.

... M: Amenazar..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

3.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

No existe renuncia, al contrario, hay dos palabras que por su diferente significado no se considera adecuado el que sean utilizadas en la misma formulación.

3.4. Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

De nuevo lo que realmente se aprecia es que desde la pregunta se formulan dos situaciones / consecuencias muy distintas: amenazar y avergonzar. Partiendo de ello, se aboga por separar la pregunta en dos, una referida a sentir vergüenza y la otra referida a sentirse amenazado. La primera no se asocia a maltrato, mientras que la última podría ser la que tuviera algún tipo de relación causa – efecto con el maltrato:

"... H: A esta edad nuestra nos sentimos algunas veces avergonzados porque hemos hecho una cosa mal, dices, joder, a lo mejor he hecho ruido y te han mirado de una forma que te sientes avergonzado, o cualquier cosa pequeña, ahora amenazado ya es otra cosa, ya es, decir, joder, aquí nos van a dar, la próxima va a ser con el palo..."

...

... M: Pues habría que preguntar ¿te has sentido avergonzado?, puede que sí, ¿te has sentido amenazado?, puede que no.

... H: Habrá personas que a lo mejor se hayan sentido..."

... M: Las dos cosas, o una de momento, o ninguna de momento.

... H: Es que son distintas.

... M: *Para mí son distintas, para mí sí.*

... H: *Ahí puede hacer avergonzado y maltratado...*

R. G. n.º 2, Personas mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

3.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

En algún grupo, el de hombres, se apunta la posibilidad de simplificar la pregunta, haciendo recaer la acción negativa que provoca el trato origen de la vergüenza o amenaza en la persona mayor. Así mismo hay alguna idea alternativa para cambiar la palabra avergonzado por humillado.

“... Yo lo preguntaría de otra manera.

A VER.

... ¿Ha hecho usted algo o le han hecho algo de lo que se sienta avergonzado...?

...

“... Si, además, después de que te han humillado, qué más da, está bien, yo creo que está bien.

...

... Yo diría menospreciado...”

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

4. PREGUNTA n.º 4: ¿ALGUIEN HA INTENTADO OBLIGARLE A FIRMAR DOCUMENTOS O A UTILIZAR SU DINERO O SUS PERTENENCIAS CONTRA SU VOLUNTAD?

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

4.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

4.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

Probablemente es sobre esta pregunta con la que más contundencia se afirma que se entiende perfectamente. Estas manifestaciones se acompañan de ejemplos genéricos, pero muy claros, de situaciones que responden a lo que la pregunta cuestiona, fundamentalmente las referidas a “firmar documentos”. Una de las razones que se deducen de esta contundencia es la frecuencia con la que ocurre y la generalización.

“... H: *de manera muy sutil, mira, tú firma aquí porque esto está bien para ti, para el día de mañana, y el otro pobrecito dice, mira, ya está, firmo.*

... H: *Ni lo lees.*

... H: *Muchas veces no.*

... H: *Te lo pone uno muy allegado a tí y no lo lees, aunque lo leas, tienes que firmarlo...*

...

... H: *Es la pregunta más fácil de todas las que nos ha hecho...*

...

... *Ahora a mí me lo está haciendo mi hija, y es mi hija...*

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

... Se entiende.

... Sí.

... Se entiende bien.

... Si se entiende.

¿DE QUE NOS ESTÁN HABLANDO AQUÍ?

... Pues que si te han amenazado para, para escribir algo que no quieres.

... Si te han obligado a firmar....

... Pedir el dinero sin ser gusto nuestro.

... Si te han obligado.

... Obligarte a hacer una cosa que tú no quieres hacer.

... O firmar nada que no quieras firmar..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

No obstante, hay algunos matices a esta buena comprensión que conviene tener presentes:

- ✓ En algún momento surge alguna ligera confusión, al entender que "obligar" se podría también interpretar como "robar"; en la medida en que las personas mayores tienen un miedo genérico al robo, y es habitual en ellas el desarrollo de discursos sobre situaciones de indefensión, en la calle con ladrones que les obligan a sacar dinero de la cartilla, o relatos de personas conocidas con algún familiar drogadicto que roban las pertenencias de valor de la casa..., etc.; es este tipo de temor el que aflora en los grupos y principalmente entre las mujeres.

... O eso, o sacarte dinero del banco, que a más de una persona la obligan a ir a sacar el dinero y se escapan con el dinero. Menuda ha pasado aquí en....

...

... De que un hijo le obligue a la madre a ir a robar, a sacar un dinero, que de ella la madre no quiere que sea para la droga..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

- ✓ La palabra obligar, que se entendería también como "presionar", por sí misma puede estar provocada desde el engaño y desde la amenaza; ambas situaciones, por tanto, estarían contempladas en la formulación de la pregunta.

... Pues empezar por las buenas, así suavemente, suavemente, suavemente, y ya, cuando ya va la cosa un poquito más adelante, pues ir allá.

...

... Irse camelando poquito a poquito a la persona y convencerla. Yo lo entiendo eso...

...

... Así es como fue, le dijeron estás sola, no te vas a valer, estás tal, y nosotros si no nos lo dejas a nosotros no, porque luego nosotros te atendemos y se lo dejas a los otros, o sea, que la estaban presionando, amenazando.

...

... Ahora mismo, este mismo caso que yo le he contado, ahora mismo está siendo así. Este nieto, después de muchos años de engañar a la abuela, ahora, ¿eh?, quiere, la está presionando, y si no, la va a llevar al Juzgado a su abuela con noventa y cuatro años, la quiere llevar ahora mismo al Juzgado si no hace aquello que él la está proponiendo, de que quiere ese dinero que ya no le pertenece..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

- ✓ Una variante del concepto engaño podría ser "manipulación"; esta palabra tiene un sentido menos fuerte.

¿LA SOLEDAD ES UN ELEMENTO QUE EMPEORA EL RIESGO DE SER OBJETO DE ABUSO?

... M: Manipulado.

¿EH?

... M. Manipulado.

... H: Hombre es que siempre...

MANIPULACIÓN, ABUSOS...

... H: Siendo dos se paran un poco más, se comenta un poco más.

... M: Es distinto por completo. La soledad, la soledad es horrible..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

- ✓ Tal y como la cita anterior pone de manifiesto, las personas más vulnerables a sufrir abusos de todo tipo son las que están solas; esta vulnerabilidad en el terreno económico se acentúa cuando no hay dependencia, si las personas mayores solas son mujeres viudas.
- ✓ Con respecto a las palabras de la pregunta, no hay ninguna que tenga dificultades de comprensión; tal vez la única que podría remplazarse es "pertenencias", y sólo por buscar alguna más corriente en el vocabulario habitual.

"... ¿Cómo no sea pertenencias?, pero eso..."

... Entiendo muy bien lo que dice.

... Si se entiende..."

R. G. n.º 2, Personas mayores, Mujeres, Ávila

4.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

4.4. ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

4.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

No se encuentra redundancia, ni complicaciones, ni tienen ninguna dificultad de comprensión. Con respecto a si la pregunta es larga, tampoco surgen comentarios negativos; muy al contrario, se debe reiterar que es la pregunta que obtiene los comentarios más positivos de las cinco valoradas, por su claridad, buena formulación y capacidad para poner de manifiesto situaciones bastante frecuentes, con las que a las personas mayores les resulta sencillo identificarse.

"¿SE ENTIENDE? ¿QUÉ ES LO QUE PREGUNTO?"

... H: Para cincuenta mil cosas vale la pregunta.

... M: Pero vamos, por favor.

...

... M: Quizás en mi vida eso está clarísimo.

... M: Clarísimo.

CLARÍSIMO. ¿Y NO SE CAMBIARÍAN NI COMAS, NI PALABRAS?

... M: No, no, no, nada. Exactamente como lo has dicho, es así, sí..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y mujeres, Madrid

5. PREGUNTA n.º 5 ¿ALGUIEN LE HA AMENAZADO O ATEMORIZADO, TOCÁNDOLE DE ALGUNA FORMA QUE A USTED NO LE GUSTE O DAÑÁNDOLE FÍSICAMENTE?

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

5.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

5.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

La comprensión de esta pregunta presenta algunos problemas que debieran ser tenidos en cuenta, ya que podrían afectar a las respuestas que de ella se obtengan, porque no son simplemente dificultades de palabras más o menos cultas o comprensibles:

- ✓ Por ejemplo, en el grupo de hombres, se interpreta que el contenido de la pregunta está referido a abusos sexuales de otros hombres hacia ellos; no pueden concebir, desde su virilidad, la posibilidad de generalizar, poniéndose en la posición de que algo así le ocurra a las mujeres, o bien que una mujer abuse de ellos.

... (Risas) Pero si ya no hay maricas

...: Un metrosexual de estos, bueno lo que sea, sexual, cosas de esas, tocándole, eso es de mucho sentimiento...

... Y hay que ver los que han salido...

... del armario (más risas)..."

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

- ✓ En otros grupos esta formulación puede entenderse ampliamente, con distintos puntos de vista: desde las amenazas físicas, psíquicas, hasta las agresiones sexuales. Incluso llega confundirse el daño físico y el psíquico, entendiendo que la pregunta puede estar referida a ambos, de manera que la 3 y la 5 serían casi intercambiables.

... M: Pues que estás viviendo con unos hijos, y te dicen, oye, mamá, si no haces esto vas a la calle, o mira..., vamos a buscar.

¿ESO ES TOCAR DE ALGUNA FORMA QUE A USTED NO LE GUSTE, O DAÑARLE FÍSICAMENTE?

... M: Claro, así pienso yo.

... H: Sí, sí..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

... Y también amenazado sexualmente y... otra cosa que no me sale, ja, ja, ja...

... psíquicamente.

... Psíquicamente, psíquicamente también..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

- ✓ Sin embargo, hay quienes les cuesta llegar a incorporar el terreno sexual, y se quedan exclusivamente en el ámbito del daño físico, referido a empujones, bofetadas, zarandeos, etc.

"... M: Claro, es que es muy distinta, porque una cosa es avergonzado que no tiene mayor importancia, pero si te sientes amenazado, de que te van a echar de...."

... H: Ya eso es palabra y otra los hechos.

... H: Pero también pasa una cosa, que te están amenazando con echarte de casa, entonces, esas mismas dos palabras ya te están atemorizando.

... H: Sí, sí, sí estoy de acuerdo, y físicamente, y físicamente que ya, ya te ha perturbado.

... M: Ya te ha cabreado..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y mujeres, Madrid

- ✓ Algunas personas no llegan a entender el tipo de respuesta que se debe dar a la pregunta, por dificultades en la distinción entre la agresión psíquica y la física, o mejor dicho, entienden que una y la otra están estrechamente ligadas, y la segunda es consecuencia directa de la primera, y, por tanto, se puede referir a ambas indistintamente.
- ✓ Mientras que otras personas entienden que el contenido de la pregunta está exclusivamente destinado a averiguar si hay agresiones físicas, ligándolo con una materialización, un paso adelante, en las amenazas a las que se hacía referencia en la pregunta n.º 4.

"... H: Tocar eso, ¿a qué se refiere, a lo físico o a lo psíquico?"

¿USTED QUE CREE?

... H: Yo creo, yo creo que ahí se referirá a lo físico, yo, es mi opinión.

¿QUÉ ES TOCARLE DE ALGUNA FORMA....?

... H: Como dicen, tocarle, o dar un empujón, o llegar ya a un hecho físico, en ese caso, el tocarle...

....

... H: ¿Y por qué no se pudiera plantear la pregunta, aparte de eso, y se ha llevado a efecto esas amenazas o esos hechos físicamente con...?

...

... H: Esa pregunta es parte de la otra que hemos desechado.

¿CUÁL?

H: De la vergüenza y la amenaza.

¿ES UN PASO MÁS?

...H: No, no, no, un hecho consumado, es que te amenazan con pegarte una paliza y te la pegan, no te han matado, pero te han pegado la paliza. Ahora estoy hablando en hipótesis con una paliza, que estoy hablando de muchas cosas más..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

- ✓ Algunas mujeres, situando exclusivamente la pregunta en el plano físico, centran el contenido de la pregunta casi en el estricto ámbito del abuso sexual; en estos casos inmediatamente surgen ejemplos de casos de violencia de género, hablando siempre del "agresor" en masculino.

"... Todo es cosa sexual, todo más así, no sé, parece ser.

... Pueden ser las dos cosas.

... También.

... Uno que tenga la mano un poco ligera.

... Ligera.

LIGERA.

... De esos hay muchos que la tienen demasiado ligera....

... Para todo.

... Aunque la tuvieran un poco más corta no pasaba nada..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

"... M: Te dan un par de guantadas y no se entera nadie nada más que tú, porque no se te nota en ningún sitio, te dan un par de guantadas, un coscorrón y nadie, un zamarreo, o abusan de ti sexualmente, tampoco se entera nadie más que ella..."

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

Entendiendo que el contenido tiene dos partes diferenciadas: la agresión física –dañándolo físicamente– y el abuso sexual –tocándole de alguna forma que a usted no el guste–; probablemente sería más sencillo dejar constancia las referencias concretas de cada una de estas categorías para evitar confusión en las respuestas.

En relación a las posibles dificultades de comprensión encontradas en palabras concretas, surgen comentarios acerca de "tocamientos". Es una palabra que no refleja con exactitud que se refiere al ámbito sexual; se puede tocar de muchas formas y con distintas finalidades, y sólo algunas tienen un significado sexual. Hay quienes manifiestan que debería sustituirse por alguna palabra que refleje mejor que la formulación de esta parte de la pregunta se refiere al ámbito sexual.

TOCÁNDOLE QUE SE CAMBIARA POR.....

... Es la palabra tocar, no es lo mismo tocar de una manera o tocar de otra.

¿SE ENTIENDE?

... La palabra que ha puesto tocando.

... Exactamente.

... Da lugar a... de las dos maneras, pero se entiende.

UNA Y OTRA, OTRA Y OTRA. A VER. ¿UNA HA DICHO?

... Que puede dar lugar a confusión, que se piense una cosa u otra, pero vamos, entenderse se entiende..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

5.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

5.4. ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta es, puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

Mientras que para algunas personas, principalmente mujeres, está claro que la pregunta aborda dos temas distintos, aunque muy ligados, para algunos hombres esta diferenciación no está suficientemente clara y les cuesta asociar "tocamientos" con el terreno sexual.

"... Yo creo que esto no se refiere a eso.

¿A QUÉ SE REFIERE?

... Pero entra eso también, claro.

... *Que te pueden empujar, y tocarte de una manera que no te guste.*

¿USTED LO ENTIENDE MÁS BIEN ASÍ?

... *Yo también.*

... *Pues yo.*

... *Yo no creo que eso tenga nada que ver con lo de los gays, ni nada de eso.*

... *Pues yo, para mí. Hay eso, alguien atemorizado o amenazada tocándole de alguna forma que a usted no le guste, pues esa pregunta yo creo que ahí hay tomate..."*

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

Desde esta perspectiva, una más clara separación entre los dos planos, el daño físico y el abuso sexual, podría ayudar a ofrecer respuestas más certeras.

5.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

Las dificultades que surgen en torno a la doble referencia, daño físico, abuso sexual, podría generar un cierto confusionismo en quienes tienen dificultad para diferenciar ambos planos de la pregunta. Desde esta postura se ofrece la posible alternativa de preguntar expresamente "abusar sexualmente", aunque resulte más duro tanto para quienes lo tienen que preguntar como para quien tiene que responder. Probablemente el equilibrio estaría en hallar la fórmula que suavice algo la expresión "abuso sexual", pero sin llegar a desvirtuarlo.

... *M: Claramente. ¿Ha tenido abusos sexuales?*

H: No, no, no.

... *M: Para que lo entienda todo el mundo, es que si no, no lo entienden...*

...

... *M: Pues yo lo del abuso sexual ahí no lo veo claro.*

NO LO VE CLARO.

... *Lo diría claramente, claramente, yo.*

... *H: Yo sí lo he entendido bien, pero, claro...*

... *H: Yo sí lo entendí, pero sería conveniente que lo dijese como dice la señora, que lo especificase ahí, porque ahora, porque aquí no estamos hablando para nosotros, si no en conjunto lo que opinan, lo que opinan..."*

R. G. n.º 1, Personas Mayores, Hombres y Mujeres, Madrid

... *Más directamente ya, tendría que decirlo claro completamente.*

... *Para poner ese caso tendría que aclararlo algo.*

... *Claro.*

ACLARARLO, ¿CÓMO? HACER REFERENCIAS O INSINUACIONES SEXUALES O...

... *Como mínimo a eso, ahora ha sido más suave.*

MÁS SUAVE, ¿CÓMO?

... *Más técnico..."*

R. G. n.º 3, Personas Mayores, Hombres, Badajoz

Los hay para quienes la solución sería aún más drástica y optan por dividir la pregunta en dos, para diferenciar clara y contundentemente los dos temas que afronta y evitar que se suscite algún tipo de dudas sobre ello.

... Pero, es que yo veo dos cosas ahí, que te toque y los sexual, yo creo que....

... Va mucha diferencia.

... Va diferencia.

... A que te toquen y te vayan a hacer algo, eso ya es diferente

¿EL DAÑO FÍSICO ES QUE TE VAYAN A HACER ALGO O NO?

... No, con que te toque a mí por las... a mí por lo menos no me gusta, que una persona que no me conoce me vaya a tocar... Claro.

... Pero bueno, una cosa es eso y otra cosa es lo otro, aquello ya sería más serio..."

R. G. n.º 2, Personas Mayores, Mujeres, Ávila

III. Conclusiones

- La validación del cuestionario EASI, hecha desde las personas mayores, debe tener en cuenta algunas dificultades metodológicas que pueden influir en las conclusiones a las que se llegue. En primer lugar, se debe tener muy presente que al conjunto de personas mayores que participan en los grupos, y cuya capacidad cognitiva está en buenas condiciones, les cuesta abstraerse y llegar a entender el mecanismo del debate en el seno del grupo; es especialmente complicado llevarles al plano de lo impersonal, para que se comprenda bien que nada de lo que se habla en el grupo está dirigido de forma individual a ellos mismos, a su propia experiencia en lo personal, sino que se trata de ofrecer una respuesta genérica sobre lo que se entiende, lo que no se entiende..., etc. Con carácter general, las personas mayores tienden a responder desde la descripción de situaciones que responden al contenido de las preguntas, y es a través de estos relatos como se puede deducir qué es lo que realmente entienden / no entienden. Desde esta realidad, se debe considerar que a mayor reconocimiento de casos concretos, propios o ajenos, de la situación que se describe, y por la que se pregunta al formular una cuestión, mejor se entiende la pregunta del cuestionario porque resulta más cercana. "Cercanía" se transforma en prácticamente sinónimo de "buena comprensión".
- Es difícil establecer conclusiones muy consistentes a partir de los discursos de las personas mayores, porque presentan una predisposición a que cualquier cosa que se les presente para emitir un juicio sobre ello les parezca muy bien (no es el momento de analizar con profundidad qué mecanismos entran en funcionamiento en los niveles menos conscientes para tener esta tendencia). Por tanto, este parecerles bien, manifestar que todo se entiende bien, etc., hay que observarlo también a la luz de los ejemplos que se relatan, para contrastar las respuestas directas y las indirectas. Desde este doble mecanismo es desde el que se ha elaborado el presente análisis.
- Ateniéndonos de manera importante a los ejemplos que se han ido relatando, para desarrollar una explicación de por qué se emite un juicio de valor, y observando que estos ejemplos, salvo algunas excepciones, reflejan una buena comprensibilidad de las cinco preguntas del cuestionario, con más o menos matizaciones, deberíamos deducir-concluir que el conjunto del cuestionario se entiende bien, a pesar de que lo que se transmite, cuando se verbaliza una opinión, no siempre es coincidente.
- Hay divergencias con respecto a las preguntas mejor formuladas. Desde la perspectiva de la rapidez y concreción de las respuestas, es la N.º 4 la más clara y comprensible. Mientras que las que presentan más dudas y tendencia a un cierto confusión serían las N.º 3 y la N.º 5. Las dos primeras son claras y comprensibles, pero, al ser excesivamente largas y contener varias cuestiones en la misma pregunta, las respuestas pueden no ser muy precisas y con tendencia a ser obtenidas desde las primeras cuestiones o desde las últimas, ya que podría haber dificultad de retención de toda la formulación.
- Se echa de menos (un grupo, el de mujeres) una pregunta que afronte directamente la agresión moral, de una manera más clara de la que lo afronta la pregunta N.º 3. Probablemente lo que se está considerando es una nueva formulación de esta pregunta.

- La cuestión que presentaría mayores dificultades para ser contestada es la N.º 5 porque se ocupa de dos temas, la agresión física y el abuso sexual, muy delicados, y que son un tabú para la generación que representan las personas que hoy están por encima de los 65 / 70 años. Las mejores o peores respuestas dependerán tanto del nivel de confianza y relación médico de atención primaria-paciente, como de la capacidad humana y profesional del médico de eliminar las barreras cuando las haya.

CUESTIONARIO Y GUIÓN PARA LA MODERACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI)

Instrucciones a los pacientes: A continuación le haremos unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los *últimos 12 meses*

8. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

- Sí No No contesta

9. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

10. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

11. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

12. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

Respuesta global al maltrato de las personas mayores, incluyendo la negligencia:

Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial.

AGENDA GRUPO DE DISCUSIÓN

Fecha

Hora

Lugar

INTRODUCCIÓN Y ACOGIDA

20 minutos

- Bienvenida.
- ¿Porqué estamos aquí? – objetivos del proyecto de la OMS/CIG:
 - Para desarrollar y pilotar un fiable Índice de *Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* para facilitar a los profesionales del Cuidado de la Salud Pública (PHC) la detección del maltrato hacia las personas mayores.
 - Para capacitar a los trabajadores del Cuidado de la Salud Pública a tratar con el maltrato hacia las personas mayores a través del desarrollo de estrategias de prevención.
- ¿Quiénes somos? – presentaciones individuales.
- Rellenar el consentimiento informado y la hoja de información demográfica.
- Preguntas de los participantes.
- Distribución del *pack* del instrumento.
- ¿Qué ha motivado su asistencia al grupo? (p.e., preocupación por las personas mayores).

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

30 minutos

Puntos para dirigir cada pregunta:

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

DESCANSO

15 minutos

- Refrescos.

CONTINUACIÓN DE LAS PREGUNTAS ESPECÍFICAS

40 minutos

Ver arriba.

Cierre

15 minutos

Preguntas en su totalidad:

- Mirar todas las preguntas juntas.
- Comentarios.
- Dar las gracias a los participantes.
- Recoger todos los consentimientos informados y todos los documentos.

2. INFORME DE LOS GRUPOS FOCALES REALIZADOS CON MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

I. Objetivos y metodología

Enmarcado dentro del estudio de la Organización Mundial de la Salud y el Centro de Gerontología Interdisciplinaria, cuyo objetivo es adaptar, cultural y lingüísticamente, el índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index: EASI), la finalidad de esta parte de la investigación es ser un instrumento de valoración de la aceptación y utilidad del EASI entre médicos de atención primaria, en el contexto cultural español.

Tal y como se indica en el proyecto del estudio, el EASI es un instrumento breve, de preguntas directas, que se aplica con la historia médica y social, que trata de estar formulado en un lenguaje coloquial, que puede aplicarse con facilidad a mayores sin deterioro cognitivo, y que se utiliza para obtener un nivel suficiente de sospecha, que justifique su derivación a equipos con experiencia en maltrato hacia las personas mayores. El EASI, por tanto, no ha sido diseñado para detectar casos, sino para obtener un nivel suficiente de sospecha de maltrato.

Esta parte de la investigación es la correspondiente a la valoración, aceptación y utilidad del EASI, desde la experiencia de los médicos de atención primaria, que han pilotado el cuestionario con entre 15 y 20 pacientes, a lo largo de un mes y medio. El objetivo específico es que los médicos ofrezcan como resultado de su experiencia su apreciación, valoración y sugerencias sobre el EASI.

La metodología cualitativa aplicada, siempre siguiendo las instrucciones de la OMS y el CIG, ha sido la técnica del grupo focal, concretamente se han realizado cuatro grupos con las siguientes características:

- **R. G. n.º 4:**
 - ✓ Médicos de Atención Primaria.
 - ✓ Lugar: Madrid y su corona metropolitana.
 - ✓ Fecha: 11 de enero de 2006.
 - ✓ N.º de participantes: 9 (pilotaron el cuestionario: 12).
- **R. G. n.º 5:**
 - ✓ Médicos de Atención Primaria.
 - ✓ Lugar: Málaga (Andalucía).
 - ✓ Fecha: 12 de enero de 2006.
 - ✓ N.º de participantes: 6 (pilotaron el cuestionario: 11).
- **R. G. n.º 6:**
 - ✓ Médicos de Atención Primaria.
 - ✓ Lugar: Vilanova y la Geltrú (Barcelona-Cataluña).
 - ✓ Día 25 de enero.
 - ✓ N.º de participantes: 10 (pilotaron el cuestionario: 11).
- **R. G. n.º 7:**
 - ✓ Médicos de Atención Primaria.

- ✓ Lugar: Badajoz.
- ✓ Día 25 de enero.
- ✓ N.º de participantes: 5 (pilotaron el cuestionario: 9).

Los grupos han sido grabados en audio y transcritos. El hecho de que en todos los grupos hayan faltado profesionales, que inicialmente nos habían manifestado su deseo de participar en todo el proceso del proyecto y habían pilotado el cuestionario, se ha debido a causas profesionales y/o familiares ajenas a su voluntad.

1. PREGUNTA n.º 1: *¿EN ALGUNA OCASIÓN ALGUNA PERSONA LE HA PROPORCIONADO O FACILITADO AYUDA PARA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: BAÑARSE, VESTIRSE, COMPRAR, IR AL BANCO O COMER?*

En caso de respuesta afirmativa, *¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?*

1.1. *¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?*

Se considera que esta primera pregunta tiene como objetivo "romper el hielo" entre médico y paciente mayor, porque no requiere de gran implicación e intimidación en las respuestas; se posiciona como una buena fórmula para introducir a la persona mayor en un clima de confianza, para ir introduciendo las siguientes preguntas. Considerada como muy general, y formulada para detectar genéricamente una posible dependencia, ello no significa que a través de la dependencia, factor de riesgo muy relevante, no se esté ya indagando sobre sospecha de maltrato.

"... Hombre, un poquito sí, a mí sí que me resulta, pero también se entra, es una pregunta que es fácilmente comprensible y que es también muy aséptica, aséptica en el sentido de no tocar cosas muy, muy necesarias para una persona, y que no tocan tampoco aspectos así de negligencias o de maltrato psicológico y..., creo que está bien, que está bien la pregunta y tampoco quitaría nada..."

...

... Pues que en realidad es una pregunta, no para detectar el maltrato si no para detectar la dependencia...

... Para acomodarte casi, para lo que luego viene después.

¿PARA DETECTAR UNA SITUACIÓN DE RIESGO?

... Sí..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

"... Una importancia, creo que es más una pregunta de despiste..."

... No, aquí no detectaremos el maltrato, que no es una pregunta, más de acompañamiento..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Villanova (Cataluña)

La experiencia en el pilotaje del cuestionario genera algunas dudas sobre la oportunidad o inoportunidad de esta pregunta, en la medida que el cuestionario está destinado, al menos en principio, si se ha entendido, para pasarse en la consulta; allí acuden personas mayores no dependientes, o al menos con altos niveles de independencia; desde este perfil de pacientes mayores se pone en tela de juicio si es o no oportuno preguntar por el nivel de ayuda que se ha tenido en actividades básicas de la vida cotidiana. Hecha esta observación, se insiste en que es bastante determinante conocer si existe algún grado de dependencia, siendo un importante factor de riesgo de abuso y maltrato.

"... Así tal como está planteado, sí, pero a ver, es que, o yo estoy en otro o no me he enterado. Pero lo primero que dice es lo de la necesidad y me han dicho no, son personas independientes, se le está pasando a una persona independiente que no le..."

...

... Al no hacer una selección específica de pacientes, al menos yo, más o menos, no creía que los mayores de sesenta y cinco años, había baja sospecha de que pudiera haber, aunque haya detectado algún caso, pero había baja sospecha, a la mayoría esta pregunta ha sido que no necesitaban, no que no necesitaban, que nadie les había ayudado porque en principio me decían, no, me lo hago yo de momento, y pues el rango era de sesenta y cinco hasta ochenta años que he pasado el cuestionario, claro que la muestra es pequeña. Yo lo poco que he visto, en esta pregunta no he detectado, no he detectado nada..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

"... Por ser la primera quizás sea la más sutil de todas, ¿no? Pero si pensamos a quien va dirigido... Que de entrada despistes..."

... que en realidad es una pregunta, no para detectar el maltrato si no para detectar la dependencia..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

Como síntesis de estas consideraciones, a esta primera pregunta se le concede un nivel de importancia medio para el objetivo de detectar sospecha de maltrato, aunque se reitera su importancia como instrumento de acercamiento médico-paciente y apertura de camino hacia las cuatro preguntas restantes.

"RELEVANTE CINCO, IRRELEVANTE CERO.

... Yo pondría un dos.

... Yo también un tres.

... En medio.

EN MEDIO.

... Un cuatro.

UN CUATRO. PERO EN CUALQUIER CASO, SERVIRÍA...

... Para romper el..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

1.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

La pregunta se entiende bien y no presenta problemas de comprensión. El debate entre los médicos se establece en torno a la necesidad o no, de concretar a quiénes se refiere la pregunta cuando formula "alguna persona". Esta expresión para algunos es en exceso amplia, y debería concretarse en, por ejemplo, el "ámbito familiar" o de "personas cercanas". Como ventajas a esta concreción se alega el que las personas mayores podrían visualizar más y mejor la respuesta; quienes opinan lo contrario, lo hacen por considerar que en la inconcreción está precisamente la gran virtud de no personalizar; porque es una tarea dura, a veces, para quien tiene que reconocer afirmativamente la segunda parte de la pregunta referida a la existencia de "problemas entre usted y esa/s persona/s". Desde esta interpretación, ocurre también que hay ayudas que más que conceptualizarse como tales son consideradas desarrollo de roles tradicionales por parte de los hijos, y hay una cierta dificultad para averiguar cuál es la situación real por encima de los estereotipos.

"... Y yo haría un pequeño inciso que yo he dicho al principio, señalar también, familiar o no familiar, porque yo he encontrado también que decían, no, eso, bueno, pero mi hijo sí que me va al banco. O sea, no le ayudaba, pero ella consideraba que eso que le hacía su hijo o su hija que le iba a hacer la compra no era una ayuda, sino que formaba parte del rol habitual.

... Y asimilarlo alguien familiar, ¿no?

... Yo creo que valdría la pena especificar, algún familiar, o alguien de la familia o fuera de la familia le ha ayudado para..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

.. En cualquier caso, al poner cercano hace más duda en la encuesta.

... Sí, sí, y además puede estar influido...

...

... ¿Quién te va a ayudar a bañarte, a vestirse y tal?, si no va a ser alguien que viva a cuatro kilómetros y que llames..., y que casi siempre va a ser alguien de tu ambiente familiar, o cuidadores, o en fin, o amigos muy íntimos, o vecinos con quien te lledes muy bien...

SE SOBREENTIENDE QUE SE LE ESTÁ PREGUNTADO POR ESO.

... Sí, yo creo que sí..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

Los médicos han detectado que la interpretación que hacen los mayores cuando se les hace esta pregunta no siempre es la que sus creadores pretendían, sino que creen que se les está preguntando por si han recibido ayuda cuando la han necesitado. Recordemos que esta interpretación se ha detectado en los grupos focales hechos con personas mayores. Es probable que sea la expresión "le ha proporcionado o facilitado ayuda" lo que realmente cree esta confusión porque son verbos que queriendo decir "tener", son menos usuales en el vocabulario habitual. Desde este punto de vista "tener" es un verbo más claro y contundente.

"... Claro., eso no es una..., no es una bombilla que se enciende, o sea, es una bombilla roja. Que te está diciendo que el anciano que le va bien, o que cuando ha tenido un problema no ha tenido ayuda, o sea, que lógicamente no es que sea..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

LO ENTENDÍAN TODO EN CONJUNTO, NECESITAR, Y TENER.

... Sí.

... Sí.

... Sí, muchos te decían, no, porque no lo necesito.

... Claro.

... Efectivamente..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

Respecto a la segunda parte de la pregunta, parece que ha sido correctamente entendida y no ha creado problemas de comprensión ni ha dado lugar a equívocos. Además es la que aporta, al conjunto de las dos del que forma parte, la posibilidad de sospecha.

"... Hombre, pues efectivamente, la segunda parte de la pregunta, pues pasa de..., de una dependencia a la posible presencia de un maltrato, ¿no?..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

1.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

1.4. ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

Los discursos que se desarrollan en el seno de los grupos, respecto a las consecuencias que podría tener la inclusión de varias cuestiones dentro de la misma pregunta, son de índole más teórico-conceptual que de índole práctica. Los profesionales observan que si bien es cierto que el que sea larga puede tener alguna influencia en su retención, no es la inclusión de distintas actividades de la vida cotidiana lo que dificulta la comprensión de las personas mayores, sino que la dificultad está en que, siendo categorías distintas de actividades y preguntar globalmente por el conjunto de ellas, la respuesta no permite obtener una visión real del nivel de la posible dependencia de la persona mayor. Ante esta dificultad, quienes hacen estas observaciones proponen transformar la pregunta en dos, separando actividades básicas (bañarse, vestirse, comer...) y actividades instrumentales (comprar, ir al banco...).

"... Yo creo que bañarse, vestirse, comer o comprar...."

... Son las necesidades básicas...."

... Actividades de esas que encajen, las tres, bañarse, vestirse, comer, y luego fuera, comprar, ir al banco., incluso el orden, para bañarse, vestirse, comer, comprar, tampoco, tampoco creo yo necesario ir al banco, pero en fin, que también entra dentro de un contexto donde se abren..., en fin, no sé que pensarán los demás..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

"... Básicamente en la primera, yo he encontrado en esto que la pregunta era muy larga, quizás habría sido mejor en lugar de una, pues, por ejemplo, que si cuenta con ayuda para bañarse, otra pregunta para vestirse, otra para comprar, y especificar que podía ser alguien tanto de la familia, como de fuera de la familia. A mí no me ha dificultado, lo que he encontrado al hacer la encuesta ha sido esto..."

...

... Yo eso entiendo que son dos preguntas, las actividades básicas de la vida diaria, bañarse y vestirse, y luego, ir al banco, y estas cosas, comprar.

... Bueno, esto también...

... No, es que son dos preguntas en una, yo también la veo larga. Son dos preguntas, primero actividades básicas de la vida diaria y luego..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

"... es que se ha mezclado actividades básicas de la vida diaria con actividades instrumentales..., yo quitaría comprar e ir al banco y pondría ir al baño..., no utilizaría facilitado o proporcionado porque alarga la frase y tampoco aporta más, dejaría solamente un término, ha necesitado..."

R. G. n.º 4, Médicos de A P, Madrid

1.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

En algún grupo hay quienes consideran que la pregunta se alarga excesivamente y sin necesidad, provocando que las personas mayores se olviden del principio de la formulación y tiendan a contestar sobre lo último que oyen.

"... lo que sí he encontrado es una formulación demasiado larga, que engloba cuatro o cinco preguntas en una. Entonces, cuando formulas la pregunta al usuario, al primer bañarse o vestirse ya te dicen no, o sí. Esto tienes que acabarle antes la pregunta, y a lo mejor, pues creas la duda de que con una cosa a lo mejor ha tenido dificultad, con la otra no..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Como fórmulas para evitarlo se barajan las siguientes:

- ✓ Una manera de evitarlo sería evitar un enunciado largo; se proponen como posibles alternativas:
 - *¿Alguna persona le ha ayudado para...?*
 - *¿Necesita usted ayuda para algo?*
 - *¿Necesita usted ayuda?*
 - *¿Necesita usted ayuda para las actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, comer?, y ¿para... (citar las instrumentales)?*
- ✓ Este tipo de enunciados acortan sensiblemente la primera parte de la pregunta y podría facilitar la retención de las actividades enumeradas. Sin embargo, crea un nuevo problema, ya que el cuestionario no pretende tanto saber si necesita ayuda como si realmente la tiene, y la inclusión del verbo "necesitar" conlleva una pregunta adicional sobre si la "tiene o no la tiene".
- ✓ La alternativa enumerada en último lugar, resuelve también otras dificultades como las citadas anteriormente y referidas a la mezcla de distintos tipos de actividades, las básicas y las instrumentales, que no desvelan el mismo nivel de posible dependencia.

"... yo, en cuanto a la longitud de la pregunta yo creo que se podría recortar, en lugar de proporcionar o facilitar ayuda en, ¿alguna persona le ha ayudado para ...

...

... es larga, yo la separaría en eso porque yo creo que es más fácil que en las actividades instrumentales surja alguien que le ayude sin pedirlo, que en las básicas, si se va a hacer a pacientes que vienen a la consulta, ¿no?..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

"... ¿Necesita usted ayuda para las actividades básicas de la vida diaria?, una pregunta, y para las actividades instrumentales.

... No, no, describir las actividades.

... Describir, para bañarse, para vestir, para comer, y las instrumentales, para comprar, para manejar los dineros, para..., que creo que nos equivocamos, no estamos detectando ver si necesita ayuda, estamos investigando si alguien se ofreció para ayudarlo, puede ser una mezcla, si él necesita ayuda, si alguien se ofrece para maltratarle luego. O sea, no estamos detectando si necesita ayuda, estamos detectando si alguien se le ofrece para ayudarlo. Puede ser válido..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Sin embargo, desde otra visión, se hacen propuestas para añadir una pregunta previa que resuelva los matices de comprensión que se han ido citando, incluyendo una preliminar para conocer si, de entrada, la persona mayor necesita o no ayuda. La propuesta lo que contempla en realidad es la subdivisión de la primera pregunta en dos, para concretar y poner el énfasis, no tanto en lo que proponen quienes sugieren que es necesario clarificar en qué actividades son dependientes, sino "si lo es" o "no lo es", y en caso afirmativo si está resuelta la ayuda que requiere esa dependencia.

"... La formularía también como una primera pregunta si precisa esa persona ayuda, preguntándole, ¿precisa usted ayuda para bañarse, comprar, etc.?, y la otra, si se le ha facilitado esa ayuda, o ha encontrado dificultades para que alguien le ayude a hacer esas tareas..."

...

... pero yo diría que son dos preguntas en una, la primera parte de la pregunta es detectar si esa persona tiene algún grado de dependencia, la segunda si la tienes, pero ahora la pregunta viene esto, si tienes una

dependencia tanto para las básicas como para las instrumentales que yo creo que es la diferencia, la pregunta es: ¿habitualmente existe por la misma persona que le ayuda? Si la primera sólo es detectar dependencia, es mucho más sencillo preguntarle esta..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Hay quienes van más allá y proponen una reformulación total de la pregunta, incluyendo tantas como actividades básicas e instrumentales, además de dejar claro a quién nos referimos cuando decimos "alguna personas". La formulación sería: "alguien cercano le ha ayudado para..." (una pregunta por cada una de las actividades).

... Alguien cercano le ha ayudado para alguna de estas actividades. Alguien cercano le ha ayudado para alguna de estas actividades...

... Resumiendo: ¿Alguien le ha ayudado para bañarse o vestirse?, pregunta uno. Pregunta dos: ¿Alguien le ha ayudado para comprar o en el banco?, pregunta dos.

... Cercano a usted.

... Cercano.

... Intentar, la tercera, en caso de respuesta afirmativa de las anteriores, ¿habitualmente existen problemas entre usted y estas personas?

... Ésta que se daría debajo de las anteriores, si, quizá ésta sirve para las dos..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

2. PREGUNTA N.º 2: **¿ALGUIEN HA IMPEDIDO QUE USTED OBTUVIERA COMIDA, ROPA, MEDICAMENTOS, GAFAS, AUDÍFONO O CUIDADO MÉDICO, O LE HAN IMPEDIDO ESTAR CON LA GENTE CON LA QUE QUIERE ESTAR?**

En caso de respuesta afirmativa, *¿Está situación se ha producido en más de una ocasión?*

2.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

La importancia de la pregunta es alta porque la formulación aborda un tema importante como es el impedir el acceso a las cuestiones básicas que un ser humano necesita. La segunda parte, en esta ocasión, incide también porque no es lo mismo que eventualmente ocurra algo similar por descuido o por olvido que la reiteración.

"... Yo le daría el cinco.

... Cuatro.

CUATRO, CINCO.

... Yo le daría también el cinco.

... Le pondría un cuatro..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

2.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

La primera impresión general es que la pregunta está formulada con claridad y sin palabras de difícil comprensión; no obstante, se hace alguna precisión con respecto a dos de ellas que admiten una simplificación para hacerlas más cercanas al lenguaje cotidiano, y por tanto, más asequibles y comprensibles; las palabras son "impedido" para la que la propuesta de cambio es "dificultado" y "obtener" por "conseguir".

"... Yo creo que alguien le ha dificultado, pero yo creo que eso se entiende bien. Alguien le ha impedido, yo también he entrado aquí, tampoco, aunque lo haya leído pero muchas veces he dicho ¿alguien le ha impedido el que obtuviera comida?, pero siempre empleando la palabra impedido..."

...

... Pero yo tan de momento, porque se lo he hecho a gente quizá, no se lo he hecho a aquellos que podía presuponer que no lo iban a entender. Aquí la única opción, lo de obtener por conseguir, vamos, a fin de cuentas, quizá sea mas claro el término conseguir..., en lugar de obtuviera que consiguiese, un poco más claro, pero tampoco..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

La segunda parte de la pregunta, que es la misma en las tres restantes, **"Esta situación se ha producido en más de una ocasión"**, genera algún debate en torno a la adecuación de su formulación: hasta qué punto "más de una ocasión" es una expresión suficientemente comprensible y concreta, o existe alguna otra a la que se pueda aplicar estos calificativos con más seguridad. Una formulación que se acepta bien desde este punto de vista es el cambio por "esto le ha pasado más de una vez".

"... Mi preocupación es que lo entiendan. Yo creo que entienden más, ¿esto le ha pasado más de una vez?, que no ¿esta situación se ha producido en más de una ocasión?"

¿ESTO LE HA PASADO MÁS DE UNA VEZ?

¿ESTARÍAIS DE ACUERDO CON ESA EXPRESIÓN?

... Sí.

... Sí..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

2.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

2.4. Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

No se aprecia redundancia en esta segunda pregunta, aunque hay a quienes no les parece correcto unificar acciones u omisiones que pueden estar ligados a un abuso y/o maltrato físico, con los que lo estarían a un abuso y/o maltrato psicológico. Para quienes mantienen esta posición la propuesta sería dividir la pregunta en dos, una referida al maltrato psicológico y otra al físico.

"... Yo creo que ésta se tiene que separar porque una cosa o por otra en todos los tipos de maltratos, pues está el maltrato, por ejemplo, psicológico de aislamiento social, entonces, lo de estar con la gente con la que quiere estar tenía que ser como una parte, como una cosa aparte, la otra es que, bueno, si aquellos no le han dado comida, no le han dado ropa, no le han dado audifonos, separarlos.

... Una cosa es más material y la otra es más espiritual..."

...

... En ésta que sí, que parecían dos preguntas, ¿no?, y al ser más larga yo lo decía como dos preguntas. ¿Alguien le ha impedido esto, que usted tuviera comida, gafas?, sí o no, y luego, ¿alguien le ha impedido estar con alguien con el que usted quería estar?, porque yo ya lo sé, esto más claro que la primera casi..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Para otros profesionales, en un cuestionario destinado a "obtener un nivel suficiente de sospecha" no es necesario matizar tanto, y basta con detectar uno y otro tipo de posibilidad para crear sospecha; será después, por los servi-

cios especiales, cuando se determine la tipología del posible maltrato. En estos casos la pregunta así formulada cumple su objetivo, y no es necesario especificar más dividiendo la pregunta.

"... Yo no, porque lo que se pretende es detectar si hay un maltrato o no, quiero decirte que da igual si te maltratan porque estás más aislado, que porque no tienes gafas ¿no?, no, yo no, no lo creo que sea imprescindible separarlo..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

2.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

En esta segunda pregunta, como en el resto, hay una tendencia a considerar que cuánto más cortas y concretas sean las preguntas del cuestionario, mejor se entienden y con más facilidad se contestan; no obstante, llegar al equilibrio es complicado, pues a veces la concreción resta amplitud y como consecuencia resta también capacidad de la pregunta para permitir la sospecha, que es el objetivo que no se debe perder de vista. Desde esta perspectiva, esta pregunta es larga y algo enrevesada, al abordar varias circunstancias de distinta índole: el aislamiento social (le han impedido estar con la gente que quiere estar...) y el acceso a elementos básicos para la vida como comida..., medicamentos, etc.

"... Tremendamente larga. Después vamos a empezar que no sé lo que pregunta..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

"... hay que hablar de lo básico, comida, medicina y ropa, punto, se acabó..."

R. G. n.º 3, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

Como consecuencia del debate sobre la formulación de esta pregunta se suscita una cierta polémica interesante acerca de la longitud de las preguntas y la longitud del cuestionario: desde un objetivo de cuestionario corto en cuanto a número de preguntas, posiblemente habrá que elaborar formulaciones más largas, y si lo que se quiere primar son las formulaciones cortas y concretas, habrá que elaborar un cuestionario más largo. En este debate parece que las posturas más frecuentes son las que primarían una formulación de preguntas clara y concreta, aún a pesar de que el cuestionario fuera algo más largo, porque en definitiva el conjunto resultaría más comprensible para las personas mayores.

"... Claro, ahí tienes la atención de esto, esto, esto y esto. Igual que la primera pregunta, si lo puedes desglosar para contar más, es más fácil decir sí o no.

... Sí, pero si las separamos todas, vamos a acabar con veinte preguntas, que van a ser igual que, o sea, que va a ser un test demasiado largo yo creo.

... Bueno, yo, será más claro. Aunque sean las mismas preguntas, pero bueno, redactado, más extenso no porque preguntarás lo mismo.

... Yo prefiero veinte preguntas cortas a diez largas.

... Sí.

... Sí, para ellos.

... Sí, se entienden más veinte preguntas cortas que diez largas..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

3. PREGUNTA N.º 3: ¿SE HA SENTIDO MOLESTO PORQUE ALGUIEN LE HA TRATADO DE ALGUNA FORMA QUE LE HA HECHO SENTIRSE AVERGONZADO O AMENAZADO?

En caso de respuesta afirmativa, *¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?*

3.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

El que algunos profesionales médicos le den a esta pregunta una importancia muy alta es debido a que para ellos es la única del cuestionario que aborda el posible maltrato psicológico, o lo que expresan como una apreciación subjetiva del maltrato. No obstante, la clave para entender la importancia que puede tener abordar este tema se ubica de manera determinante en la segunda parte de la pregunta, ya que no es lo mismo la reiteración de esta sensación que el que ocurra puntualmente en una ocasión.

"... Las dos últimas palabras tienen tanta fuerza y tan directa..."

... Yo es la pregunta a la que más positivo veo al contestar.

... Sí, yo creo que sí.

... Es la pregunta más importante.

¿ÉSTA?

... Y es por eso, por las dos últimas palabras.

... Sí.

... que lo resumen en todo lo que preguntan...

...

RELEVANTE, IRRELEVANTE.

M: No, no, relevante total.

CINCO.

M: Claro, claro.

¿ESTAMOS EN EL CINCO?

M: Sí.

H: Cinco.

UNANIMIDAD

M: Aquí está la clave..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

"... Y si te notas amenazado es que algún problema hay claro..."

... Los viejos en el maltrato psicológico es la única pregunta que aborda el maltrato psicológico eh, yo creo que es igual de relevante que las otras...

...

... Sí, por la diferencia de una o más ocasiones.... Una discusión con el vecino, fue una discusión concreta, y hay que interpretar que fue, o está siendo maltrato, creo que hay una diferencia...

... Yo creo que la distinción está en si ha sido una cosa esporádica o una cosas más habitual

... Eso no importa, es la segunda pregunta..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

3.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

A pesar de no encontrar problemas importantes en la formulación, ni palabras que causen problemas de comprensión del contenido de esta pregunta, los grupos hacen alguna observación derivada de las respuestas obtenidas por las personas mayores (algunos han referido ejemplos con vecinos, con desconocidos, etc.), ya que no se explica con claridad a qué entorno de los mayores se refiere; por ello hay quienes proponen que se acote explícitamente el entorno en el que deben producirse las situaciones por las que se pregunta, por encontrar la actual formulación excesivamente abierta. Como la redundancia atañe a un entorno muy cercano: familia y/ o cuidadores, resultaría importante hacerlo constar, para centrar y concretar la pregunta.

"... Sí, yo precisaría el entorno, porque aquí sí es ambiguo, y ¿quién no se ha sentido alguna vez que vas con alguien?, es muy abierta, aquí yo sí que acotaría un poco..."

... Yo ésta, o bien al inicio del cuestionario, lo que comentábamos al principio, es decir, en los últimos doce meses le voy a hacer unas preguntas relativas a su vida y de limitar ahí que todas las preguntas se refieren a un entorno próximo, pues en alguna de éstas como comentaba también podría acotarla un poquito más. O bien al inicio del cuestionario decir, mire, le voy a hacer unas preguntas que se tratan de ver cómo van las cosas por casa, qué tal van de atención, y se refiere a eso, a lo que usted recuerde de los últimos doce meses con relación a su familia, a su..., de ahí da por definido que el contexto va a ser ese, ¿no?, sí yo creo que esta pregunta se queda, se queda un poquito así demasiado abierta, eh..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

No siempre ocurre que el ámbito no se entienda; precisamente porque el mundo de relaciones sociales de las personas mayores está centrado de manera importante y casi exclusiva, en familia y allegados muy cercanos, y por esta razón la tendencia es a centrar las respuestas en este mundo referencial.

"... La gente que me ha contestado a mí sí, me ha contestado, pues eso, la hija, en fin, no ha contestado el pescadero, el carnicero..."

... Sí, sí, a mí también..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

Las referencias a la claridad, en lo referente a su contenido conceptual, son constantes, y las respuestas recogen muy bien las sensaciones y situaciones de malestar por parte de la persona mayor, sea este malestar fruto tanto de situaciones objetivas como de la subjetividad del afectado.

"... Yo en los test que he pasado que han sido dieciséis o diecisiete en esta pregunta no he tenido ningún problema, incluso quizá a lo mejor, en alguna ocasión que me han contestado sí, e incluso casualmente han sido en parejas, en matrimonios, donde la mujer, concretamente ha dicho sí, sí, sí, efectivamente..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

"... Pero la gente, creo yo, la gente lo ha entendido, eh."

... Sí.

¿LO HA ENTENDIDO BIEN? BUENO, POR AHÍ NO LO HAN ENTENDIDO BIEN.

... ¿Cómo?, mejor que las otras. Las otras la tenías que repetir. Muchas veces hacía lo que decía sobre ropa, comida, porque ésta, la respuesta fue más rápida. No tienes que repetirlo, ¿entiendes?..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

3.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

Existe redundancia en el verbo "sentir"; en realidad esta reiteración implica sumar dos sentimientos, uno consecuencia de otro, que podrían reducirse, tal y como se observa en algunas ideas que surgen de los grupos y se exponen en la cuestión 3.5, que resultan soluciones tendentes a la simplificación.

“... Es que lo de sentir es un poco redundante.

... Sí, sí.

... ¿Le ha molestado porque alguien le ha tratado...? Se podría simplificar...”

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

3.4. Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

3.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

No existen varias cuestiones dentro de la misma pregunta que puedan afectar a su comprensibilidad; no obstante, surgen propuestas encaminadas a facilitarla, resolviendo la retirada del verbo sentir.

“... Y me quedo con la traducción, ¿alguien le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?, y nada más.

... Es más comprensible eso, que quizá es con la que hemos tenido menos problemas...

...

... Y ¿le han tratado de alguna manera que se haya sentido avergonzado o amenazado? Para no ser tan directo, eh...

...

... No, no, que le haya hecho sentirse, no. ¿Alguien le ha tratado de alguna forma que se haya sentido avergonzado o amenazado?, que ha hecho sentirse, o sea, que ha hecho sentirse...”

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Algunas de las propuestas, por ejemplo, son, las siguientes:

- ✓ “Se ha molestado porque alguien le ha tratado de alguna forma...” Es una posible alternativa que evita la reiteración del verbo sentir.
- ✓ “Alguien le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado...”, es la propuesta más corta y simple, mantenido intacto el contenido y su significado.
- ✓ “¿Le han tratado de alguna manera por la que se haya sentido avergonzado o amenazado?...”
- ✓ “¿Alguien le ha tratado de alguna forma que se haya sentido avergonzado o amenazado?..”, formulación muy similar a la anterior.

Fijándonos en estas sugerencias, hay que observar que ninguna de ellas concreta el ámbito referencial que los grupos han echado de menos, por lo que cobra más importancia la propuesta de que éste se defina en un párrafo leído al inicio del cuestionario.

4. PREGUNTA n.º 4: ¿ALGUIEN HA INTENTADO OBLIGARLE A FIRMAR DOCUMENTOS O A UTILIZAR SU DINERO O SUS PERTENENCIAS CONTRA SU VOLUNTAD?

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

4.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

La relevancia de esta pregunta oscila entre el tres y el cinco en la puntuación que se le ha otorgado. Siendo de las que más puntuación obtienen, sin embargo, no es la máxima en Extremadura, y por el contrario sí lo es en Cataluña.

“... ENTRE CERO Y CINCO.

... Cinco.

... Nada, nada, cinco.

... Cuatro.

... Yo le pondría cuatro por las de banca, pero entre cuatro y cinco yo me inclinaba por el cuatro.

VALE.

... Un tres...”

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

“... Cinco.

... Seis.

SEIS.

... Cinco, cinco.

¿OS PONÉIS DE ACUERDO TODOS EN QUE CINCO O SEIS?

... Sí, sí...”

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

4.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

La pregunta se ha entendido perfectamente, no detectándose ningún problema de comprensibilidad; esta buena comprensión podría ser debido a varios factores:

- ✓ Por la frecuencia en la que se dan estas situaciones de abuso económico hacia las personas mayores.
- ✓ Por la gran importancia que las personas mayores otorgan al dinero, ya que están en un periodo vital en el que viven de una pensión limitada y no reciben otros ingresos.
- ✓ Y por último, por la claridad con la que se formula la pregunta.

“... Yo creo que se entiende bien, que se entiende sin problemas, también es cortita y no tiene...”

...

... Yo creo que sí, porque a la hora del dinero, los ancianos es un tema que controlan perfectamente, y entonces lo tienen clarísimo si es sí, o si es no, o sea que..., de todas quizá la más clara...”

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

“... No, pero sí que es claro, ésta es de claridad meridiana.

... Sí, sí.

... No admite interpretaciones.

NO ADMITE INTERPRETACIONES.

... No.

¿LA HAN ENTENDIDO?

... Claro.

... Cien por cien.

... La han entendido.

... La cara que ponían era..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Por todas estas razones, la opinión general es que habría que dejarla tal y como está sin cambiar nada.

"... Yo creo que de todas es la más directa.

¿NI SOBRA NINGUNO?

... No.

¿DOCUMENTOS, DINERO Y PERTENENCIAS?

... Está intachable..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

4.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

4.4. ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

4.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

Es necesario reiterar que no hay ningún tipo de cuestionamiento acerca de esta pregunta, por el contrario, se manifiesta una y otra vez sus excelentes cualidades en cuanto a concreción, comprensibilidad y contenido, no creando complicaciones de ningún tipo.

"... Esto ya sí que es una pregunta específica, y dentro de eso pues específica..."

... Claro, va a los temas concretos, ¿no?, además quizá las otras son más ambiguas porque son muy amplias en todos los sentidos, quizá la segunda es muy amplia, pero ésta no..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

"... Pero sí que es claro, ésta es de una claridad meridiana.

Sí, sí.

... No admite interpretaciones...

... Se ha entendido bien.

PERFECTAMENTE.

... Esto sí.

... Sí

... Sí..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Cabría hacer alguna referencia al debate que se produce en uno de los grupos sobre la oportunidad de preguntar la segunda parte, ¿esta situación se ha producido en más de una ocasión?, ya que por el propio contenido de la pregunta si a una persona mayor le obligan a firmar un documento, basta con una vez para que constituya abuso o maltrato...; por ello la reiteración tal vez no agravaría significativamente la situación.

"... yo creo que es grave, pero la insistencia no refleja mayor gravedad, porque si dice que no firmo, y siguen insistiendo, la intención es la misma, pero la insistencia... y si te dice que sí pues ya le ha firmado, y si te dice no van insistiendo, ¿me entiendes? La insistencia no supone mayor gravedad en este caso..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

5. PREGUNTA n.º 5: ¿ALGUIEN LE HA AMENAZADO O ATEMORIZADO, TOCÁNDOLE DE ALGUNA FORMA QUE A USTED NO LE GUSTE O DAÑÁNDOLO FÍSICAMENTE?

En caso de respuesta afirmativa, *¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?*

5.1. ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?

De relevancia máxima para los profesionales por el doble contenido que formula, tanto el que alude a posibles agresiones físicas, como el de la posibilidad de abuso sexual.

"... Yo le pongo también otro cinco.

... Yo también un cinco.

... Un tres.

UN TRES, CINCO, CINCO...

... Un cinco..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

DE NUEVO, IRRELEVANTE, RELEVANTE.

... Cinco.

CINCO.

... El siete.

... El siete..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

5.2. ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que le cause problemas? ¿Por cuáles podría reemplazarse?

La pregunta presenta algunos problemas a la hora de ser contestada; la expresión "tocando de alguna forma" crea un cierto recelo, y principalmente lo que genera es incomodidad; genera que tanto las personas mayores como los médicos se sientan violentos, unos por tener que preguntarla y otros por tener que contestarla. A pesar de ello, hay profesionales cuya experiencia en el pilotaje ha sido la contraria, percibiendo que las personas mayores no han entendido bien las connotaciones sexuales de la pregunta, y la tendencia ha sido a responder unidireccionalmente sobre agresiones físicas.

"... Es que si dices la palabra sexualmente yo creo que no lo entienden.

... Sexualmente sí lo entienden.

... Si no dices la palabra, yo creo que la expresión esa "tocándole de alguna forma", yo he tenido la sensación de que no lo entienden.

... Debería ser más explícita..."

...

... Tampoco lo he clarificado porque yo me he sentido violenta preguntándola...

... Es que el grado de incomodidad va incrementándose con las preguntas, la cuarta es incómoda, pero la quinta ya es muy incómoda..."

...

... Yo creo que entienden más la parte del daño físico, si les han pegado, tocándole de alguna forma que no le guste, no se si lo acaban de entender...

...

... Yo creo que son los sexuales...

... Yo creo que sí que lo han entendido porque con esta pregunta se sentían especialmente violentos.

... Porque ellos entendían que si habían tenido aparte algún tipo de agresión... que también es importante y también existe, no solamente el que les peguen, el daño físico, si no que pueda haber, como decían antes, algún tipo de tocamientos impuros, ¿no?

... Y esta pregunta...

... Y los pacientes yo sí que percibía que se sentían violentados cuando les preguntabas..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

Se hacen propuestas de cambio de la formulación, encaminadas a simplificar, a la vez que concretar, el contenido, haciéndolo más explícito. Se proponen como alternativas, por ejemplo, las siguientes:

- ✓ *¿Alguien le ha amenazado o atemorizado o le ha hecho daño físico?* En esta alternativa quedaría excluido el aspecto sexual.
- ✓ *¿Le han hecho algo que no le gusta?* Esta alternativa es calificada por otros profesionales como ambigua y muy generalista.
- ✓ *¿Alguien le ha tocado de forma que no le guste?* Y después, *¿alguien le ha dañado físicamente?* Esta posibilidad sugiere dividir la pregunta en dos, cada parte destinada a un aspecto –el daño físico y la agresión sexual–, pero no resolvería la ambigüedad de la expresión "tocado de forma que no le guste".
- ✓ *¿Alguien le ha pegado o le ha amenazado o atemorizado físicamente?*, y una segunda parte, *¿alguien ha intentado o agredido sexualmente?* Es una variación de la anterior formulando de manera explícita la posible agresión sexual.
- ✓ *¿Alguien le ha dañado físicamente?*, y una segunda parte, *¿alguien ha intentado abusar sexualmente de usted?* La versión anterior algo más simplificada.
- ✓ *¿Usted se ha sentido amenazado física o sexualmente en alguna ocasión?* Esta formulación unifica la pregunta, y resuelve el incluir de manera más explícita el aspecto sexual.

"... Los conceptos muy claros. Esta es la única pregunta que habla de maltrato físico, cualquiera que es el único que se contemplaba antes, y hemos dicho que el maltrato psicológico, etc., es la única pregunta que aborda el maltrato físico, ¿alguien le ha dañado físicamente? Una pregunta, y la parte sexual, que es más importante, una pregunta..."

... *¿Alguien ha intentado abusar sexualmente de usted? Pero yo clarísimamente separadas...*

... *Yo es que muchos no me entendían, sólo se imaginaban que les estaba preguntando como si se hubieran sentido agredidos físicamente, entonces esta frase muchos me decían ¿eso qué quiere decir?, quiero decir que yo, para mí no es demasiado..., creo que no me entendían demasiado..."*

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

"... yo la redacción la cambiaría, yo la redacción la cambiaría, no me..., a mí no me gusta, y tenía aquí puesto un poco, empezaría por lo físico, es decir, ¿alguien le ha dañado físicamente?, y poniendo siempre la "o", o le ha amenazado, o le ha tocado de alguna forma, porque son cuatro cosas, cuatro preguntas en una, amenaza, temor, daño físico, abuso sexual, es decir..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

5.3. ¿Hay redundancia en la pregunta?

5.4. ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

Los ejemplos citados en el apartado anterior ponen de manifiesto las propuestas de quienes consideran necesario dividir la pregunta en dos partes, o lo que es lo mismo, transformarla en dos preguntas, una por cada uno de los dos aspectos –físico y sexual– que aborda. Las razones, más allá de las posibles dificultades de comprensión del contenido del aspecto sexual, son el dar relevancia a dos temas clave en el ámbito del maltrato, ya que, aun siendo ambos de índole física, tienen un carácter bien distinto para ser tratados unitariamente.

"... Yo lo que pasa es que le daría, le daría quizá mucha importancia a esta pregunta, porque realmente la tiene, quizá ¿no?, mucha más de la que quizá podamos pensar, y me parece compleja para el anciano, y entonces, quizá la solución estaría son cinco preguntas, seis sería lo correcto, y evidentemente ésta tendría que estar desglosada, porque ahí estamos tratando el daño físico, y no me parece que sea igual el daño físico que el daño sexual..."

...Que yo incluso estoy de acuerdo que las cinco preguntas, de que bueno, puede haber una pregunta para romper el hielo, para descartar un poco minusvalía o dependencia o tal, luego hay una que parece que busca la negligencia, que a la persona se le niegue, luego hay dos que parece que buscan el maltrato psicológico, esas de si se le ha tratado de alguna forma, o incluso el quitarle a las personas autonomía y decir, bueno, éste no firma, y luego ésta que parece que busca el maltrato físico y sexual la mezclan..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

"... Y esta pregunta también en dos, la agresión física y la agresión sexual. Creo..."

...

... Quizá si fuera más explícita nos quitaríamos la incomodidad de tener que explicarla, ¿no?, yo haría dos, yo haría dos. ¿Alguien le ha pegado o le ha amenazado o atemorizado físicamente?, segunda parte, ¿alguien lo ha intentado o agredido sexualmente? Dentro de la incomodidad vayamos al grano y seamos explícitos..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

De nuevo, tal y como se he expuesto en el punto anterior, hay profesionales que no consideran la opción de dividir la pregunta porque aumenta el número de ellas en el cuestionario, y son más bien partidarios de mantenerlo en cinco; desde esta postura mantienen, no obstante, que hay que reformularla para expresar con más claridad y concreción los dos aspectos que se contemplan en la misma.

"... Yo pienso que lo que sea maltrato cinco preguntas creo que es un número más redondo, son cinco, siempre es más fácilmente soportable, pero que la pregunta la redacción la tienen que cambiar, se podían quedar en cinco preguntas..."

... También cambiarla, también..."

R. G. n.º 7, Médicos de A P, Badajoz (Extremadura)

5.5. ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

Se ha observado cómo la mayoría de las propuestas de nueva formulación van encaminadas, además de a concretar y clarificar la dualidad temática, a encontrar una formulación más corta, bien sea acortando una única formulación, bien sea dividiéndola en dos preguntas cortas y escuetas.

"... Quizá si fuera más explícita nos quitaríamos la incomodidad de tener que explicarla, ¿no?, yo haría dos, yo haría dos. ¿Alguien le ha pegado o le ha amenazado o atemorizado físicamente?, segunda parte, ¿alguien lo ha intentado o agredido sexualmente? Dentro de la incomodidad vayamos al grano y seamos explícitos que no admita ya..."

...

... Yo haría dos, yo haría dos, porque es muy..., la pregunta yo creo que merece ser una pregunta rápida..."

R. G. n.º 6, Médicos de A P, Vilanova (Cataluña)

IV. Conclusiones de los grupos que han pilotado el cuestionario largo (12 preguntas):

R. G. n.º 3, Madrid; R. G. n.º 4, Málaga

- El cuestionario es muy largo, excesivamente largo, y presenta dificultades para mantener la atención de la persona mayor, en una situación de "consulta" de atención primaria, en la que la presión asistencial de los médicos puede resultar un freno para pasarlo con la tranquilidad y tiempo que requeriría. A ello hay que añadir problemas con el tono general en el que se formulan las preguntas, muy distinto al que se utiliza habitualmente en las consultas; en cualquier caso el cuestionario requeriría de unas instrucciones previas muy claras sobre los objetivos, y el contenido y la dinámica del mismo. Se echa de menos una mayor concreción sobre el tiempo de referencia y la frecuencia de las acciones por las que se pregunta.
- Con respecto al tono general, existen opiniones encontradas, respecto a si las connotaciones emocionales que tiene, para algunos excesivamente anglosajonas, son o no asimilables en nuestra cultura latina y generan o no rechazo en las contestaciones que ofrecen las personas mayores. Hay quienes aprecian demasiado traslación, en el tono y en el fondo de las formulaciones de las preguntas, del maltrato de género; este tono no es el adecuado cuando se trata de detectar maltrato a personas mayores, máxime cuando el planteamiento con el que se propone el abordaje de este último parte de una filosofía distinta: los malos tratos frente al maltrato.
- Una importante matización respecto "al tono" es el debate que suscita el moverse en el plano subjetivo del "sentimiento", utilizando verbos como "sentir", o es más correcto acudir a un plano más racional y objetivo como es el que referencia el verbo "creer". El cuestionario salta de un plano a otro, pero prima el del sentimiento, más adecuado y real para aflorar el maltrato.
- Siguiendo el argumento, y tratando de "acortar" en lo posible la duración del cuestionario, dejando sólo las preguntas que se han considerado imprescindibles para el objetivo de configurar un instrumento "breve" para obtener un nivel suficiente de sospecha, los grupos han considerado que la primera pregunta del cuestionario largo "*¿Normalmente se siente solo?*", no cumple este objetivo porque presenta un alto nivel de ambigüedad. Se instala en un terreno indefinido entre la realidad (se siente solo porque vive solo) y el sentimiento (o se siente solo al margen de cómo y con quien vive). Para el objetivo de averiguar si existe aislamiento social, no sirve. La respuesta obtenida ha sido generalmente positiva, precisamente por el alto nivel de ambigüedad, y precisamente por este motivo, se considera poco relevante.
- Con respecto a las preguntas segunda y tercera, "*Cuando necesita ayuda, ¿Se siente incómodo por tener que recurrir a los demás para que le ayuden?*", y "*La mayoría de las veces, ¿depende de alguien para que le ayude en sus actividades básicas de la vida diaria?*", hay dos posturas complementarias: quienes consideran que deberían ser formuladas conjuntamente y reconvertirse en una sola pregunta y quienes consideran que ambas,

bien formuladas conjunta o separadamente, carecen de validez por ser excesivamente ambiguas y genéricas. Las razones alegadas se refieren tanto a los términos que se utilizan en la formulación, incomodidad (y comodidad), por ejemplo, no son términos que discriminen maltrato, como a que ambas preguntas son inconcretas respecto a la ayuda a la que las personas mayores recurren, comunitaria o familiar, e incluso si es la ayuda a la que deberían recurrir. Quienes consideran conveniente unir ambas lo hacen en primer lugar por acortar el cuestionario, y en segundo lugar para conseguir una formulación más concreta y adecuada. Para conseguir esto último es necesario enumerar las actividades básicas, y sólo éstas, para concretar a qué nos referimos, ya que hay personas mayores que no son capaces de comprender el concepto “actividades básicas de la vida diaria”; podría ocurrir que cada médico enumerase unas u otras, por lo que, en última instancia, estaríamos ante una pregunta formulada de muy distintas maneras.

- La siguiente pregunta presenta otro orden de dificultades, referidas a las distintas interpretaciones a que da lugar la expresión *“alguien le ha impedido tener acceso”*; entre las que cabrían desde las instancias familiares hasta las comunitarias, por ejemplo, e incluso de otra índole como son las razones económicas. Así mismo es considerada excesivamente larga a la hora de enumerar elementos.
- La formulación de la quinta pregunta presenta dificultades de diversa índole: es larga, muy larga, pero además pregunta sobre temas distintos, reitera palabras, utiliza demasiados adjetivos para describir niveles distintos de estados de ánimo, sentimientos, etc. Es el ejemplo más claro de cómo no deberían formularse preguntas para este tipo de cuestionario. Una propuesta que acorta y concreta la pregunta y que ha contado con bastante aceptación ha sido: *“¿alguien cercano a usted le ha hecho sentirse mal por la forma de tratarle?”*.
- En estos grupos, a pesar de haber pilotado un cuestionario largo, se observan críticas a preguntas que mezclan temas de distinta índole en una misma formulación. Un ejemplo son las críticas a la pregunta 6, *“¿Ha sentido que alguien cercano se estaba aprovechando de usted, o le impedía hacer cosas importantes para su bienestar, o le ponía obstáculos para estar con las personas con las que quería estar?”*, observándose una tendencia a que prime una unidad temática en cada pregunta, aunque fuera a costa de eliminar algunos aspectos y temas que incluso pueden resultar reiterativos (en concreto en esta pregunta es reiterativo aludir *“impedía hacer cosas importantes para su bienestar”*, y también la primera parte *“se estaba aprovechando de usted”*, que puede perfectamente ligarse a la siguiente pregunta, cuyo contenido es de índole económico, aunque el término tenga un ámbito referencial temático más amplio (tiempo, trabajo, dinero). La propuesta es encontrar una buena fórmula para preguntar concretamente por el tema de la “autonomía personal”, ligándolo al de “aprovecharse”, en un amplio abanico de acepciones, lo que significa unificar la seis, siete y ocho en una sola que lo contemple. En resumen: simplificar y acortar el cuestionario.
- En las dos últimas preguntas surge el mismo debate que se produce en los grupos que han pilotado el cuestionario corto. Separar o unir temas de distinta índole: el abuso sexual y el abuso físico. El inconveniente de separarlos es que el aspecto sexual se contesta mejor acompañado del aspecto físico, porque le da una envoltura de mayor ligereza; la exploración de lo sexual es más complicada y suscita más reticencias. En cualquier caso mayor claridad y concreción ayuda a la comprensión y así facilitar las respuestas ajustadas a la realidad vital de cada persona mayor.

V. Conclusiones

- El cuestionario es considerado como una herramienta de gran utilidad en Atención Primaria; los profesionales médicos de este ámbito no están habituados a trabajar el tema del maltrato hacia las personas mayores y desconocen cómo abordarlo. El poder contar con un cuestionario de este tipo, aunque tenga dificultades de distinta índole, se aprecia muy positivamente.
- Algunas dificultades de carácter previo al análisis en profundidad de cada una de las preguntas del cuestionario son las que atañen a la definición de la tipología de los destinatarios y al lugar adecuado para pasarlo a las

personas mayores. Con respecto a los destinatarios se hacen dos observaciones importantes; la primera es la dificultad de hacerlo “a todo el mundo”, ya que las personas mayores dependientes –en las que el riesgo de maltrato es más alto- no acuden solas a la consulta, por tanto lo que se haga con ellas tendrá sesgo. El lugar presenta también alguna dificultad: la consulta está saturada y el cuestionario requiere tiempo, el domicilio no es adecuado por la posibilidad de que haya familiares presentes, y en cualquier caso sólo estaría indicado hacerlo allí con personas dependientes que no acuden habitualmente a las consultas.

- La percepción general es que el cuestionario ha gozado de una muy buena acogida entre las personas mayores, a pesar de que ahonda en aspectos muy íntimos y personales de su vida, aspectos que, salvo excepciones, exceden de la relación habitual entre médico de Atención Primaria-paciente mayor.
- Se echa de menos una mayor concreción del ámbito de referencial del cuestionario; posiblemente habría que elaborar un párrafo introductorio para establecer con claridad a quiénes nos vamos a referir a lo largo de las cinco preguntas, para evitar respuestas sobre vecinos, desconocidos en la calle, por ejemplo. Cuando se formula “alguien” “alguna persona” resulta muy inconcreto y amplio. Las propuestas inciden en que se debería expresar con claridad “alguien de su entorno, de su familia / algún familiar o alguna persona cercana / alguna persona de confianza...”, para colocar a las personas mayores ante situaciones reales y concretas; “alguien” o “alguna persona” queda muy desdibujado y podría ser causa de respuestas confusas. Sin embargo hay quienes consideran que dejar “abierta” la referencia y no concretar deja un margen mayor para abarcar una multiplicidad de situaciones y posibilidades, que son, en última instancia, lo que en realidad se busca, ya que un posible maltrato puede darse en ámbitos diversos.
- Un tema recurrente, porque así está planteado al requerir para cada pregunta una valoración de la dimensión de la misma, es el referido a la preferencia de formulaciones largas / cortas. Las posturas no siempre son coincidentes, dependiendo de varias circunstancias, y en concreto del tipo de contenido de cada pregunta. Pero con carácter general parece que funcionan mejor preguntas cortas y muy concretas que más amplias y de tipo “narrativo”. Aunque el primer modelo genere cuestionarios más largos, y en según qué situaciones pueda resultar más difícil mantener la atención de la personas mayor en la totalidad del mismo, lo contrario, formulaciones más largas, narrativas, puede provocar que la persona mayor se pierda del inicio al final de una misma pregunta. Ambas experiencias se han producido en los pilotajes realizados.
- Se aprecia en los médicos una cierta dificultad para situarse en el objetivo del cuestionario, que es el de “obtener un nivel suficiente de sospecha sobre maltrato hacia las personas mayores”. Desde esta dificultad se formulan bastantes de las opiniones sobre el cuestionario, que posiblemente no se emitirían si con carácter general se entendiese bien su objetivo. De ahí que sea importante el que este cuestionario cuente con un “manual o guía” para que los profesionales comprendan bien que no se trata de un cuestionario para detectar, cuantificar, etc. el maltrato, sino que se trata estrictamente de “obtener un nivel suficiente de sospecha”. En esta línea sería recomendable que cada pregunta cuente con un comentario acerca de su intencionalidad para evitar interpretaciones dispares. Esta recomendación se debe a que se han detectado interpretaciones diversas de una misma pregunta, hecho que no tendría mayor importancia si no fuera porque, en ocasiones, el médico ha tenido que “explicar” a la persona mayor qué significa y sobre qué se le está preguntando, porque no lo han entendido. En este tipo de circunstancia es en la que los matices interpretativos pueden modificar tanto el sentido de la pregunta como las respuestas que se obtengan.

GUIÓN Y CUESTIONARIOS PARA LA MODERACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI)

Instrucciones a los pacientes: A continuación le haremos unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los *últimos 12 meses*

1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

Sí No No contesta

2. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

4. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

5. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

Respuesta global al maltrato de las personas mayores, incluyendo la negligencia:

Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial

AGENDA GRUPO DE DISCUSIÓN

Fecha

Hora

Lugar

Doce preguntas para un *Índice de Sospecha*:

Pregunta 1

¿Normalmente se siente solo?

Sí

No

No contesta

Tenemos entre 5 y 10 minutos para cada pregunta; nos gustaría conocer su opinión sobre lo siguiente:

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 2

Pregunta 2

Cuando necesita ayuda, ¿se siente incómodo por tener que recurrir a los demás para que le ayuden?

Sí

No

No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?

- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 3

Pregunta 3

La mayoría de las veces, ¿depende de alguien para que le ayude en sus actividades básicas de la vida diaria?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Son habituales las discusiones entre usted y quien le ayuda?

- Sí No No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta hace que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 4

Pregunta 4

¿Alguien le ha impedido tener acceso a elementos necesarios, como alimentos, medicinas, ropa, un espacio vital adecuado, o dispositivos de ayuda como gafas, audífonos, etc.?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?

- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 5

Pregunta 5

¿Alguien cercano a usted le ha gritado de forma injustificada, o le habló de forma que a usted no le gustó, o le ha hecho sentirse especialmente triste, avergonzado, temeroso, ansioso o infeliz de manera que esto le ha perturbado durante mucho tiempo?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 6

Pregunta 6

¿Ha sentido que alguien cercano se estaba aprovechando de usted, o le impedía hacer cosas importantes para su bienestar, o le ponía obstáculos para estar con las personas con las que quería estar?

- Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 7

Pregunta 7

¿Hay alguien que dependa económicamente de usted?

- Sí
 No
 No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 8

Pregunta 8

¿Alguien de su confianza ha usado o tratado de usar su dinero, sus posesiones o sus bienes de una manera no deseada por usted, o le forzó a firmar documentos que usted no entendía o no quería firmar?

- Sí
 No
 No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada
 Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o pueda causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 9

Pregunta 9

¿Vive con usted alguien que beba más alcohol de lo que usted considera razonable?

Sí No No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o pueda causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 10

Pregunta 10

¿Vive con usted alguien con un historial de enfermedad mental?

Sí No No contesta

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?

- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 11

Pregunta 11

¿Alguien le ha herido físicamente, por ejemplo, le ha pegado, le ha empujado o le ha impedido moverse con libertad?

- Sí
 No
 No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada
 Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o pueda causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Ahora puede ir a la página de la Pregunta 12

Pregunta 12

¿Alguien le ha tocado de manera que a usted no le gustó o le ha hecho propuestas sexuales no deseadas?

- Sí
 No
 No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Se trató de una acción aislada o sucedió más de una vez?

- Aislada
 Más de una vez

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?

Suponiendo que el instrumento—*Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores*—pudiera tener solo **cinco preguntas**, ¿qué cinco utilizaría? Por favor, rodee con un círculo los números de las cinco preguntas que incluiría.

Advertencia:

Las preguntas usadas en este cuestionario se obtuvieron de un proyecto de investigación del *Centro de Salud y Servicios Sociales de René-Cassin y Notre-Dame-de-Grace* (antes CLSC René Cassin), la *Universidad McGill* y el *Hospital de Santa María*, en Montreal, financiado por los *Institutos Canadienses de Investigación de la Salud*. Los derechos de propiedad intelectual de las mismas corresponden a los investigadores Mark J. Yaffe MD (60), Maxine Lithwick MSW (61), Christina Wolfson PhD (62) y Elizabeth Podnieks RN (63).

INTRODUCCIÓN Y ACOGIDA

20 minutos

- Bienvenida.
- ¿Por qué estamos aquí? – objetivos del proyecto de la OMS/CIG:
 - Para desarrollar y pilotar un Índice fiable de *Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores* para facilitar a los profesionales del Cuidado de la Salud Pública (PHC) la detección del maltrato hacia las personas mayores.
 - Para capacitar a los trabajadores del Cuidado de la Salud Pública a tratar con el maltrato hacia las personas mayores a través del desarrollo de estrategias de prevención.
- Cuestiones de este Grupo de Discusión: Doce posibles preguntas que podrían formar parte de un *Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores*, un instrumento que los médicos de familia/Atención Primaria podrían utilizar con sus pacientes de 65 o más años.
- ¿Quiénes somos? – presentaciones individuales.
- Rellenar el consentimiento informado y la hoja de información demográfica.
- Preguntas de los participantes.
- Distribución del *pack* del instrumento.
- ¿Qué ha motivado su asistencia al grupo? (p.e. preocupación por las personas mayores).

(60) Siglas de *Medical Doctor*: Doctor en Medicina en el Reino Unido, pero licenciado en Medicina en los EE.UU. [N. del T.]

(61) Siglas de *Master of Social Work*: Diplomada en asistencia social o, sin más, asistente social. [N. del T.]

(62) Siglas de *Philosophy Doctor*: Título universitario de los EE.UU. equivalente a cualquier Doctorado, incluso en Medicina; suele distinguir al médico que se orienta hacia la investigación más que al que ejerce la profesión (al que se identifica con las siglas MD). [N. del T.]

(63) Siglas de *Registered Nurse*: Enfermera diplomada o, sencillamente, enfermera. [N. del T.]

<p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <p>30 minutos</p> <p>Puntos para dirigir cada pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores? • ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse? • ¿Hay redundancia en la pregunta? • ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede hacer que ésta pueda resultar demasiado complicada o puede causar dificultades de algún tipo? • ¿Es muy larga la formulación?, ¿cómo podría expresarse de otra manera?
<p>DESCANSO</p> <p>15 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refrescos
<p>CONTINUACIÓN DE LAS PREGUNTAS ESPECIFICAS</p> <p>40 minutos</p> <p>Ver arriba</p>
<p>Cierre</p> <p>15 minutos</p> <p>Preguntas en su totalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mirar todas las preguntas juntas. • Comentarios. • Elegir las cinco preguntas mas importantes. • Dar las gracias a los participantes. • Recoger todos los consentimientos informados y todos los documentos.

3. TALLER N.º 1. FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

I. Objetivos y metodología

El **objetivo** de este Taller es el análisis del **Formulario de Evaluación de Trabajo Social** desarrollado por el Instituto René Bassin/McGill, en el marco del proyecto **RESPUESTA GLOBAL AL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES, INCLUYENDO LA NEGLIGENCIA: Capacitación de los servicios Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial**. Este formulario ha sido utilizado por los trabajadores sociales para evaluar con mayor profundidad a las personas mayores en riesgo de sufrir maltrato, así como para comparar los resultados del “Índice de Sospecha”.

La **metodología** aplicada según lo indicado en el proyecto global ha sido la siguiente:

Participantes: Trabajadores Sociales de las áreas de Atención Primaria de los Centros de Salud del Municipio de Madrid y de Municipios de su corona metropolitana.

N.º de participantes: 10

Duración: 2 horas

Fecha: 17 de enero de 2006

Lugar: Madrid

Captación de los participantes: Demométrica

A todos los trabajadores sociales se les envió con una semana de antelación el formulario con el objetivo de que pudieran analizarlo, ya que al ser la duración del Taller de dos horas, se llegó a la conclusión de que no iba a dar tiempo suficiente para que se hiciera la primera lectura en el propio Taller. Esta opción dio buenos resultados ya que los participantes en el Taller pudieron, desde los primeros minutos, entrar en el tema sin dificultad y con conocimiento profundo del formulario objeto del Taller.

La moderación se realizó por Antonio Yuste, coordinador del proyecto en España, siguiendo el guión y las instrucciones globales, según se adjunta en el ANEXO I del presente Informe de Resultados, junto con el guión original del proyecto y la adaptación realizada para la moderación en España.

II. Análisis de los resultados

1. PROCEDENCIA Y TIPOLOGÍA DE LOS TRABAJADORES SOCIALES PARTICIPANTES

En la práctica totalidad de las Trabajadoras Sociales (todas son mujeres) la población objeto principal de su trabajo es el colectivo de inmigrantes y el de la población mayor y/o sus familias directas. Este ha sido el motivo fundamental por el que han acudido al Taller, ya que ninguna de ellas había trabajado antes, ni a nivel individual ni a nivel de centro de trabajo, el tema del maltrato a las personas mayores. No obstante, manifiestan tener información y formación sobre otros tipos de maltrato, a mujeres y niños en concreto, y estar por estas otras modalidades especialmente sensibilizadas e interesadas en el maltrato, teniendo conciencia de que les queda un largo camino que recorrer en información y formación.

Es desde esta doble perspectiva, interés indirecto a través de su experiencia en “otros maltratos” y conciencia de falta de información y formación, desde la que se organiza el discurso de este colectivo profesional, tanto en los temas más globales en torno al maltrato de mayores y su abordaje como profesionales, como de la valoración del FORMULARIO DE TRABAJO SOCIAL. De forma secundaria, la motivación para acudir al Taller ha sido el tener contacto con otros profesionales de su sector, ya que no es habitual que se produzca, sino que es más bien esporádico y nunca hasta ahora para este tema.

Por la descripción de sus áreas sanitarias de trabajo y de sus centros concretos estas profesionales se distribuyen por toda la ciudad de Madrid y por algunos Municipios del área metropolitana, tanto de las zonas con un estatus socioeconómico más alto, como de las más bajas, por lo que sus opiniones se configuran desde una amplia y muy variada experiencia con distintas topologías de personas mayores, que enriquece los juicios de valor que emiten.

“... mi área, que es Chamartín, es un área que está totalmente envejecida, sobre todo la zona, bueno, los centros que veo son dos, pues uno de ellos es algo tremendo...”

...

... vengo del área seis, de Majadahonda concretamente, y yo mi motivación no ha sido por el centro ni por la población, si no, a ver, que cuando me llamasteis me pareció muy interesante poder colaborar en un estudio de este tipo. Me parece que nosotros no tenemos muchas escalas ni métodos para poder trabajar o para luego analizar los trabajos...

...

... trabajo en la zona de Vallecas, Vallecas El Pozo del Tío Raimundo, y el distrito en el que trabajo es uno de los más envejecidos de Madrid, y me sentí bastante agradecida cuando me llamasteis, digo yo no sé que tendré que aportar ahí... pero trabajo con mucha gente mayor...

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario de Evaluación

Hay que dejar claro desde el inicio de este análisis que la búsqueda de Trabajadores Sociales para participar en el Taller se ha hecho aleatoriamente por áreas y Centros de Salud, sin establecer ningún filtro de formación o conocimientos especiales ni sobre personas mayores, ni sobre maltrato, ni sobre ambos. Probablemente esta situación refleja mejor lo que ocurre habitualmente con estos profesionales y su relación con el mundo de las personas mayores, y desde su simple experiencia profesional, podamos entender mejor su posición respecto a muchas de las cuestiones que se plantean en el taller.

2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

2.1. “¿Existe ya algún protocolo / evaluación para evaluar las necesidades psicosociales de los pacientes?”

Esta pregunta trata de indagar si desde los Centros / Escuelas de Formación en Trabajo Social se elabora algún tipo de directriz para ser aplicada en los Centros de Salud, y/o desde el área de Atención Primaria-trabajo social, sobre cómo ha de hacerse la historia social que forma parte de la historia clínica de un paciente. En realidad se trata de conocer si existen herramientas comunes.

En el ámbito territorial en donde se ha realizado este Taller, la CAM, existe una programa informático –OMI– al que se ha incorporado una herramienta más –IAP– para trabajar organizada y unificadamente los temas específicos de trabajo social. No obstante el ritmo de implantación por Centros es desigual, y así ocurre que no todos los Centros lo tienen implantado al mismo nivel, ni en los que lo tienen implantado el acceso al mismo de los trabajadores sociales no es similar. En última instancia, la “ficha social” del paciente que configuran los trabajadores sociales no es uniforme, aunque se haya consensuado por el propio colectivo profesional. En síntesis, no existe una historia social homologada a nivel institucional, hay acuerdos tácitos y consensos profesionales a nivel de los trabajadores sociales.

Uno de los problemas que se plantean en el acceso a las historias clínicas deriva de la Agencia de Protección de Datos, que impide el acceso de los profesionales del trabajo social a la información que contienen. Esta situación es calificada como prehistórica. La buena voluntad de compañeros del mismo Centro es lo que permite tener información sobre pacientes, en los casos en los que se considera necesario. Desde esta situación compleja se pide que las instituciones legitimen el acceso de todos los profesionales del ámbito sociosanitario a las historias clínicas de los pacientes cuando sea necesario.

“... no hay historia social homologada en atención primaria... unos señores sanitarios entraron en la Agencia de Protección de Datos de la CAM... en la cual decidieron y propusieron a la Protección de Datos que nosotros no tenemos que entrar en la historia clínica..., pero otra cosa es que bajo cuerda entremos...”

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

2.2. “Completar el formulario conlleva aproximadamente unos 66 minutos (67 preguntas). ¿Es esto factible en su horario?”

Partiendo de la realidad profesional de que habitualmente para hacer una historia social se utilizan alrededor de 40 minutos, la propuesta de formulario resulta excesivamente larga, fundamentalmente por tres razones:

- ✓ La primera de ellas es la escasez de tiempo de dedicación a las consultas, debido a los itinerarios – Centros que cada trabajador social tiene asignados y que deben atender a lo largo de una semana de trabajo.
- ✓ En segundo lugar, a los problemas de atención que suelen ser habituales entre las personas mayores, y que hacen difícil mantener su atención durante una hora contestando preguntas, aunque sean cortas.
- ✓ La tercera es el tiempo que habitualmente utilizan para hacer una historia social, una media de cuarenta minutos, en más de una sesión, obviando, incluso, algunas preguntas que el conocimiento de la persona hacen innecesarias.

Como posible solución se apunta la posibilidad de que el formulario no se le aplique a la persona mayor en una sola sesión, sino que se utilicen dos o tres sesiones para completarlo.

“... yo me imagino a nuestros mayores actuales, que tienen unas características que tendrán en el futuro, pienso. Y tienen unas limitaciones por su estilo de vida, el estilo de vida que han tenido que llevar. Entonces, ese cuestionario es enorme para ellos... que no consentiría estar una hora con una persona que porque tenga una buena comunicación le haga una serie de preguntas que seguramente él no entenderá, y no se atreverá a preguntarme por qué se las hago...”

“... Me parecería eficaz si tengo a lo mejor una sentencia, entonces a lo mejor me reconfirma, me ayuda a sistematizar datos, me ayuda a elaborar la información, pero no como elemento a pasar a todos ...”

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

Tras expresiones como las de las citas anteriores podría esconderse una cierta reticencia a utilizar herramientas de “prevención” en una práctica profesional que parecería más ligada en el día a día a la “intervención”. Muy probablemente en los Centros de Salud los pacientes, mayores y no mayores acceden al trabajador social en el caso de que exista objetivamente una necesidad o problema social que requiera una “intervención”. Es en este tipo de situaciones, como, por ejemplo, que se hubiera detectado maltrato, donde los trabajadores sociales entienden mejor su papel profesional y admiten mejor una herramienta como el formulario propuesto.

2.3. “Observando las nueve secciones que incluye este formulario, ¿cree que todas son necesarias para un formulario de evaluación por parte de un/a trabajador/a social?”

El formulario adolece, desde el punto de vista del grupo de trabajadoras sociales, de ciertos problemas lingüísticos, tales como los siguientes:

- ✓ Contiene palabras y/o expresiones, probablemente porque son traducciones literales, que en castellano tienen un significado algo distinto, o muy distinto del que probablemente tienen en el idioma original, tales como “patrocinio”, que no expresan lo mismo en castellano “institución”, que sería la palabra adecuada al contexto.
- ✓ Algunas otras, como “desgracia”, tienen el contexto global del cuestionario de “sentimientos negativos”, afectando al tono desde el que se formulan las preguntas.

Otras críticas se formulan sobre la estructura del cuestionario; por ejemplo, en temas como el de la vivienda, en el que se critica la mezcla de preguntas sobre tipo y características de la vivienda que crean una cierta confusión; o por la existencia de preguntas que, por ejemplo, se refieren a temas que no tendrían cabida desde el punto de vista formal, por ejemplo, el tema ocupacional, ya que a partir de los 65 años (64) no se puede formalmente trabajar porque es obligatoria la jubilación, por tanto indagar sobre la situación ocupacional carece de sentido.

Desde un punto de vista meramente instrumental, el cuestionario se critica porque se percibe como un instrumento que podría levantar expectativas irreales en la persona mayor, y esto podría ocurrir porque se le pregunta por muchos aspectos de su vida sobre los que, si afloran situaciones problemáticas, el trabajador social no tiene ni competencia ni medios para intervenir. Las personas mayores podrían entender que si son preguntadas por este tipo de cosas es porque se les va a ayudar, ¿por qué, si no, se les somete a un cuestionario que abarca tantos aspectos de su vida?

*"... por ejemplo, en el tema de la vivienda se mezcla tipo de vivienda con características de la vivienda...
... el tema ocupacional también tiene bemoles, ¿no?
...
... pero no es un ítem, además a ver si un mayor está desempleado, Dios mío...
... Yo creo que pasando este cuestionario levantas expectativas en la persona a la cual estás haciendo el cuestionario, impresionantes, como que le vas a resolver la vida... no lo veo, no lo veo como para atención primaria, yo lo veo muy largo, un poco así farragoso..."*

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

2.4. "¿Ha observado alguna cuestión cuyo contenido o formulación no sea apropiada para el ámbito en el que trabaja?"

El cuestionario es valorado como excesivamente "directo" y "negativo", un tono general, y más propio de áreas más específicas de intervención en casos de maltrato:

- ✓ El sistema anglosajón, sistema muy directo de hacer preguntas para llegar al tema de central sin recorrer otros caminos, resulta menos habitual en España, en donde los cuestionarios tienen una estructura metodológica más indirecta. En cualquier caso, se afirma una y otra vez que es un cuestionario excesivamente largo y exhaustivo para utilizar en Atención Primaria y más indicado para casos de existencia de maltrato con el objetivo de indagar y profundizar.
- ✓ La negatividad, el tono negativo, se percibe a través de las preguntas que utilizan términos expresamente negativos, tales como ¿tiene *problemas* con sus hijos?, o ¿sus hijos tienen *problemas de salud, o de tipo emocional*? Probablemente es una cuestión de vocabulario que resulte duro y contundente, y poco usual en la tarea cotidiana por los trabajadores sociales. La dificultad que, por ejemplo, encierran este tipo de preguntas estriba en la capacidad que tengan de generar respuestas correctas, que reflejen la realidad de lo que está pasando en el entorno de la persona mayor, ya que la tendencia es no sólo a no reconocer defectos en hijos o cónyuges, sino, muy al contrario, a ensalzar sus virtudes y buen hacer.

"... yo le pregunto a un anciano si tiene un problema con sus hijos y si sus hijos tienen problemas concretos de salud o de tipo emocional..., no, no, no, hombre, no se me ocurre ya de entrada preguntárselo, así leyendo textualmente... porque todos los hijos son maravillosos..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

Con respecto al tema más directo de la adecuación del formulario, considerado globalmente, como instrumento válido para el área profesional concreta de los trabajadores sociales, las respuestas son más proclives al reconoci-

(64) Excepto en algunas profesiones muy concretas, como, por ejemplo, jueces, profesores de Universidad, etc.

miento de la validez del instrumento, aunque se mantengan las críticas emitidas. Las razones para la validez del instrumento se basan fundamentalmente en las siguientes consideraciones:

- ✓ La inexistencia de un instrumento común; sólo se citan casos excepcionales de pequeños cuestionarios, cortos, específicos y/o exclusivos de uso de un área, sin validación más allá de esa área, etc.
- ✓ La necesidad real de contar con instrumentos comunes que permitan desarrollar un trabajo sistemático común. Se hacen algunas referencias a los modelos de historias sociales que han visto en la Universidad (a lo largo de sus estudios), que cumplían una función de estructuración de datos, muchos datos, para ser utilizados en función de la situación personal de cada paciente e interpretados según el criterio profesional personal.

"...yo creo que todas estas preguntas son de trabajadora social, otra cosa es que sean excesivas, repetitivas, que no generen información interesante, vamos, que sea algo especial o interesante..."

...Todas son interesantes...

... ¿Tú no recuerdas las historias sociales que tenían cuando estudiabas la carrera?

... Sí.

... y que eran amplísimas, y bien, entonces de ahí más o menos tú tienes estructurada tu cabeza y sabes lo que quieres conocer y valorar..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

En cualquier caso, el contenido del formulario es propio del área de trabajo social, aunque en el día a día de la dinámica institucional de los Centros de Salud la tendencia es que este tipo de preguntas / cuestionarios sean hechos por los profesionales de enfermería porque son quienes tienen el trato cotidiano y directo con el paciente.

Por otro lado, hay dos temas que se echan de menos y que en España, al menos el primero de ellos, tiene una gran importancia, como es el de las "redes informales", que en casos de personas mayores sin familia cercana son básicas; estas redes se constituyen por vecinos, amigos, fundamentalmente, que están presentes en el día a día de muchos mayores. El otro tema es el de la posibilidad de indagar en los antecedentes relacionales de la situación actual sobre la que investiga: algunos hijos criticados por lo/as padres / madres mayores han sufrido el carácter de sus padres durante mucho tiempo, y las dificultades actuales tienen una causa directa en estos antecedentes. La posibilidad de acceder directa o indirectamente a este tipo de información constituiría un dato importante para enmarcar, comprender y buscar soluciones a situaciones / problemas planteados en el presente, posiblemente desencadenados desde esos antecedentes que se desconocen.

"... cuando ves a un ancianito, pobrecito, qué lástima, qué pena, con lo que ahora dicen, pero muchas veces es necesario conocer la trayectoria un poco para saber por qué tiene esa persona esa percepción, eh. Porque la percepción en sí..., a mí me resulta un poco complicada de entender..."

... Eso es muy difícil, eso es una de las cosas que no recoge este cuestionario y no es fácil de recoger... o sea, antecedentes relacionales, previos al tema de maltrato..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

2.5. "¿La entrevista debe tener lugar en el domicilio del paciente o en otro lugar conveniente para ellos?"

El grupo de profesionales es reacio a establecer una prioridad con respecto al lugar más adecuado para realizar la entrevista, porque depende de varios factores que es necesario analizar y valorar en cada caso concreto:

- ✓ Dónde se sienta más cómodo y menos presionado ambientalmente la persona mayor. Probablemente dependerá de cómo se encuentren las relaciones con las personas con las que convive en su casa, el que sea más o menos conveniente hacerlo en ella o fuera de ella en el Centro de Salud. Una posibilidad que se contempla es que sea la persona mayor quien decida "dónde".

- ✓ La casa de la persona mayor podría tener un clima más cálido / cercano, pero también es cierto puede estar cargado de presiones que afecten a las respuestas, mientras que en el Centro puede encontrarse libre de presiones, y, como consecuencia, provocar un ambiente donde se sienta con más tranquilidad para contestar con sinceridad.
- ✓ Frente a la virtud de la neutralidad, la mayor dificultad del Centro de Salud es la extensión del cuestionario, que requiere de un tiempo excesivo de presencia de la persona mayor en la consulta.

"... El domicilio tiene un problema, sobre todo si el maltratador estuviera dentro del domicilio..."

... Claro.

... Pero por otra parte estás en su terreno, en su propio terreno.

... Yo dejaría elegir al paciente, creo que habrá algunos a lo mejor que quieran el Centro, porque se sientan más cómodos y más amparados, y otros mejor en su casa..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS FORMULADAS POR LA MODERACIÓN, SEGÚN EL GUIÓN, SOBRE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA LA FORMACIÓN / TRABAJO EN EL TEMA

3.1. "¿El maltrato hacia las personas mayores es un tema en la institución en la que usted trabaja?"

En general, de las manifestaciones de las profesionales no es posible deducir que el maltrato a las personas mayores sea un tema del que se ocupen expresamente los Centros de Salud: no existen protocolos específicos, ni pautas de sospecha, intervención, etc., sobre este tema. Otro asunto distinto es que necesariamente llegan al trabajador social situaciones que se detectan indirectamente y en las que se puede sospechar que algún tipo de maltrato existe, bien sea por abandono, o por negligencia, en los cuidados y atención.

El que los casos de sospecha o evidencia de maltrato se deriven a los trabajadores sociales está motivado por el nivel de concienciación que tengan otros profesionales, fundamentalmente médicos de Atención Primaria, pero no porque existan protocolos de actuación que lo regule. En general no es habitual que los trabajadores sociales encuentren en su actividad profesional cotidiana casos ni de sospecha ni de evidencia de maltrato a personas mayores, ya que la casuística que se relata es sobre casos esporádicos

"... Trabajar, trabajas, otra cosa es que el maltrato en concreto... una intervención más protocolizada como hemos visto allí, no..."

...

... lo habitual es que no me derivan, igual que te derivan el maltrato de esta señora y se ve, y se capta a la primera, el maltrato como tal en una persona mayor no es habitual. Otra cosa es que cuando tú ya estás interviniendo con la familia, pues empiezas a desgranar y sale el maltrato... Yo hablo de mi gerencia. Pero que así como tal el maltrato no es habitual..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

3.2. "¿Habéis recibido formación específica?"

Las respuestas son negativas; la formación en malos tratos a mayores está de momento ausente en el tratamiento genérico del maltrato, y como tal no se tiene en cuenta ni la formación general ni específica. Existe, en algún caso concreto, formación específica sobre mayores como tema genérico, en otros casos sobre maltrato de género.

"... Yo sobre mayores sí, pero no sobre específicamente por denuncia o maltrato a mayores..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

3.3. “¿Cómo evaluaría el maltrato?”

Las respuestas a esta pregunta traslucen una ausencia de metodología específica para afrontar el posible maltrato a las personas mayores: se utilizan las mismas herramientas que para otras modalidades de maltrato (infantil y de género). Las trabajadoras sociales siguen un protocolo genérico y, por supuesto, a falta de conocimientos o formación específica, poner en marcha el saber profesional que dicta la experiencia:

- ✓ Análisis del entorno / red más cercana: familia y cuidadores, con visita / intervención domiciliaria.
- ✓ Entrevistas a familiares y cuidadores.
- ✓ Los antecedentes médicos.
- ✓ Coordinación con otras instituciones que puedan ser conocedoras de una situación concreta de un paciente.
- ✓ Reuniones puntuales con los profesionales médicos para valorar lesiones u otras manifestaciones visuales del maltrato.
- ✓ Valoración final conjunta (con otros profesionales) para llegar a conclusiones.

“... explorar el entorno del paciente... casi siempre es yendo al domicilio, es una valoración domiciliaria que hacemos y las técnicas propias nuestras, ¿no?, hacemos una valoración en domicilio y con eso se hace a veces en el Centro de Salud, y con nuestras técnicas y para contestar los programas que tenemos ya informatizados y que consten estas cosas...”

“... nosotros hemos recibido bastante información de temas de maltrato infantil, sobre el tema de mujeres también y tal, pero básicamente, yo por lo menos, como yo evalúo, la relación social que hago es de tener antecedentes médicos del paciente, la red familiar como está funcionando... esto se hace con una intervención en el domicilio... luego también nos reunimos con los profesionales médicos cuando hay maltrato físico, digamos una visibilización de ese maltrato...”

“... normalmente las evaluaciones que se hacen de forma directa a través de visita domiciliaria, siempre en coordinación con otras instituciones que pueden ser conocedoras de la situación porque hay servicios institucionales o no, y luego está el tema de las entrevistas familiares...”

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

Las carencias o aspectos más débiles que se ponen de manifiesto se podrían concretar en lo siguiente:

- ✓ Una falta de modelo de protocolo específico para indagar en la “sospecha”, ya que parece que cuando hay evidencia de maltrato físico, existen intervenciones más o menos protocolizadas, aunque no específicas para las personas mayores, pero es muy infrecuente relatos de actuaciones relacionados con el ámbito de la sospecha. Sólo minoritariamente se utiliza algún instrumento, en concreto se cita un “manual de recursos” catalán, como instrumento usado en Atención Primaria, de utilidad para la identificación del maltrato a las personas mayores.
- ✓ Se echa de menos una mayor coordinación con otros profesionales del propio Centro de Salud, fundamentalmente con el equipo de enfermería, ya que son quienes tienen un contacto más habitual y cercano con los pacientes mayores, y por tanto con su “historia sanitaria” que aporta mucha información, ya que permite analizar la evolución del paciente. No obstante, la coordinación a nivel de Centro, en general, no parece estar muy sistematizada.
- ✓ Una vez detectado un caso de maltrato, la intervención está muy condicionada por la dificultad que presenta la dependencia emocional y real de la persona mayor de su familia y cuidadores, teniendo como consecuencia inmediata su “protección” ante cualquier sospecha de irregularidad. Ante este tipo de situación, no existe un modelo de actuaciones que contemple qué hacer y cada profesional busca la vía que su experiencia y buen hacer le dicta.

"... yo tengo un libro que pone... es un manual de recursos y tiene una hoja, bueno, pues sé que está hecho en Cataluña porque lo pone, ¿no?, instrumentos usados en Atención Primaria..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

3.4. "¿Se han encontrado con pacientes maltratados? Si es así, ¿cómo reaccionaron?"

Por las respuestas a esta pregunta se puede deducir que la falta de información y formación en el tema específico de maltrato de personas mayores impregna las respuestas y reacciones. La violencia de género, que en España en este momento se contempla con una especial atención y protección desde diversos ámbitos, tanto jurídicos como de los Servicios Sociales y los medios de comunicación (se ha promulgado recientemente una Ley específica contra la violencia de género), es la única que está presente en los discursos de las trabajadoras sociales, y, desde esta óptica, contemplan y visualizan el maltrato a mayores. En conclusión, no parece que exista un discurso sobre su experiencia profesional ante casos concretos de maltrato a personas mayores, fuera de la óptica de la violencia de género.

Se describe someramente otra visión, la sobrecarga del cuidador, como caso específico que requiere de recursos y estrategias por parte del trabajador social, y para la que se cuenta con más modelos de actuación y experiencia profesional.

"... yo contemplo muchos más recursos para poder apoyar una sobrecarga del cuidador que cuando es un maltrato de violencia de género..."

... a mí me parece mucho más complejo, porque en las mujeres ancianas, por los conceptos culturales, pero creo que la edad no tiene que interferir para ser catalogada como violencia de género..."

... pero es que nadie consideró que esa violencia no está recibida per se, por su concepto de persona mayor, la está recibiendo por su concepto de mujer..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

3.5. "¿Dispone de algún protocolo, estrategias de intervención o seguimiento a mano para detectar casos?"

Parece existir un protocolo de "Anciano Frágil", en el ámbito municipal, y con dudas en el regional, ya que quienes trabajan fuera del Municipio de Madrid no lo conocen. Los destinatarios de este protocolo son "los mayores de 75 años que viven solos", pero no toda la población mayor. También se cita concretamente un programa de "Valoración del Mayor" específico para el Área 11, basado en Indicadores de riesgo, pero ni uno ni otro instrumento son específicos para la intervención y seguimiento del maltrato.

Lo más habitual es que los trabajadores sociales desarrollen su trabajo con las personas mayores haciendo valoraciones integrales, de las condiciones ambientales y de entorno familiar cercano en las que viven, pero no con instrumentos específicos que dispongan de indicadores para detectar el maltrato y mucho menos la sospecha de maltrato.

"... no es un instrumento de valoración del maltrato, de violencia con un mayor..."

... De riesgo nada más...

... De riesgo y sobre todo de problemática del mayor...

... Y además puntualizar, que eso se está haciendo en el Ayuntamiento de Madrid, para los que estáis en Madrid, yo, por ejemplo, en Majadahonda no tengo ese instrumento...

...

... yo no tengo ningún instrumento para valorar el maltrato al mayor, a veces me surgen, me vienen familiares ajenos, que no viven con el propio mayor, o bien algunos vecinos o bien cuidadores, o bien porque te

indican que ahí ha habido algún problema..., pero no tengo un punto de mira cuando trabajo con un anciano sobre el tema del maltrato...”

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

3.6. ¿En qué momento creéis que el colectivo de Trabajo Social tiene que intervenir y cuándo tienen que intervenir otros profesionales? ¿Creéis que se tiene que intervenir de forma individualizada?”

La coordinación es la clave de la intervención; coordinación entre profesionales y equipos, tanto del Centro como entre otras instituciones, en clara referencia a los trabajadores sociales de los Servicios Sociales comunitarios, que en España son fundamentalmente quienes disponen de recursos para la intervención.

La idea que transmiten los trabajadores sociales es que, desde la perspectiva del trabajo social, el esfuerzo debe canalizarse a tratar de coordinar la información y los recursos, tanto desde las instituciones como desde el entorno cercano a la persona mayor: la familia, cuidadores, vecinos, amigos o familiares que no conviven con la persona mayor (pueden ser informantes de situaciones de riesgo). Por supuesto que este discurso se emite desde una concepción más amplia que la detección de maltrato, ya que desde el principio se deja bien claro que no existen instrumentos específicos para trabajar el maltrato específicamente. En lo que se hace hincapié es en la idea de que el trabajador social puede tener una óptica privilegiada para la sospecha, porque su posición en el colectivo de los profesionales de Atención Primaria les permite tener una óptica del conjunto de factores que pueden incidir en el riesgo cuando se produce desatención, abandono... y, en general, riesgo visible, y cuando existe una sospecha muy fundada, desde una valoración global, en la intervención. Esta apreciación se hace extensible, en alguna medida, al conjunto de la Atención Primaria.

No obstante, hay quienes se inclinan, más allá de la coordinación de los profesionales en todo el proceso, a entender que la tarea de los trabajadores sociales debe centrarse fundamentalmente en la intervención. Posiblemente esta es una visión condicionada por las premisas de las que se ha partido: escasa o nula información y formación en trabajar el maltrato, y menos aún la sospecha del maltrato, y una práctica profesional que pivota fundamentalmente en la intervención urgente más que en la prevención.

“... Yo creo que nuestra intervención en salir es privilegiada porque podemos estar en la captación, o sea, cuando hay sospecha. A lo mejor tenemos que intervenir cuando el anciano va lleno de hematomas y ahí en la Fiscalía hay que notificar... precisamente por la capacidad que tengo de ir haciendo desde muchísimo tiempo, y podemos ver también a toda la familia, creo que es cuando hay esta sospecha cuando tendríamos que intervenir...”

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

3.7. “¿Vuestra institución os ha apoyado para abordar el maltrato? Si es así, ¿qué tipo de apoyo? Si no es así, ¿qué tipo de apoyo desearía obtener?”

El apoyo existe cuando hay evidencia clara y objetiva de maltrato, y consiste fundamentalmente en transmitir la información que sobre la persona mayor tienen otros profesionales de Atención Primaria. Es un apoyo centrado en la información sobre el paciente que sufre maltrato, y no es generalizable al resto de personas mayores para indagar y averiguar el riesgo que es claramente objetivable. Más allá de la información, la coordinación dentro del mismo centro de trabajo es escasa, y sin embargo se aprecia la necesidad de que fuera fluida como instrumento de intercambio de visiones sobre la persona mayor, que favorezcan un análisis más riguroso de la situación real en la que se encuentra con respecto a su entorno, cuidados, cuidadores, etc. En resumen, la colaboración pivota principalmente en la información y en las relaciones personales entre profesionales, pero carecen de una sistematización y de herramientas.

Además de un mayor intercambio de información los profesionales del trabajo social manifiestan encontrar limitaciones en los siguientes aspectos:

- ✓ A pesar de que la posición del trabajo social en el conjunto de los equipos de atención primaria es valorada como “privilegiada” por su capacidad de trabajar directa y rápidamente con la persona de riesgo y su entorno, sin burocracia ni obstáculos de otro tipo, las dificultades sobrevienen para dar salida a sus propuestas de intervención, cuando ésta no depende institucionalmente de su equipo (de Atención Primaria) ni de su Centro. La transmisión de información y acceso a recursos interinstitucional es cuanto menos compleja. La intervención de emergencia, desde los Centros de Salud carece de soportes institucionales que la agilicen; aunque si la maltratada es mujer, y el maltrato puede ser tipificado como de género, entonces sí existen recursos ágiles y apoyo institucional. No obstante, los casos límite, con un factor añadido de deterioro cognitivo, los resuelve la Fiscalía con gran celeridad.
- ✓ Las características laborales de los trabajadores sociales en los Centros de Salud añaden dificultades por sus horarios y la frecuencia de su presencia en los Centros. Los horarios y frecuencia están limitados por el número de Centros que tienen asignados, de manera que algunos sólo acuden a un Centro un día (tarde o mañana) a la semana. Esta organización del trabajo social simboliza bien el escaso nivel de interés institucional que tiene; pero además añade dificultad de coordinación, intercambio de información, y en última instancia, el trabajo en equipo, en un tema, el maltrato a las personas mayores, que por su esencia es multidisciplinar.
- ✓ Falta de apoyo institucional cuando los profesionales, desde su propia iniciativa y buena práctica profesional, se autoorganizan en comisiones sociosanitarias interprofesionales, sobre “Mayores / Tercera Edad”, para trabajar conjuntamente con otros profesionales de un Centro; aunque pueda parecer un tema algo amplio –Tercera Edad, personas mayores–, es una forma de comenzar a sensibilizar al Centro / institución / profesionales y llamar su atención por este colectivo.

“...yo haría dos distinciones. El tema de si tenemos que intervenir, el propio que juega la institución y el propio que jugamos nosotros dentro, hay dos... la intervención nuestra, digamos, por el privilegio, que es una actuación privilegiada porque trabajamos en forma directa, el acceso es rápido a la persona en riesgo, y no hay obstáculos, no hay burocracia para la intervención en los temas de maltrato. Pero sí falta protocolo, el protocolo de intervención para que todos tuviéramos el mismo criterio en el equipo... y luego el tema es que el trabajador social somos escasos dentro de la salud en Atención Primaria. Y lo otro es a nivel de recursos sociosanitarios sí faltan soportes institucionales para casos de emergencia, como lo hay en el tema de maltrato de emergencia, en el anciano no lo hay para actuación inmediata...”

...

... en un caso de emergencia sí se toman las medidas o se actúa más rápidamente, en un caso a lo mejor, más o menos normal, que se puede anunciar algo, pues tienes que contar con las instituciones de fuera, porque en el Centro de Salud no se nos permite...

... ¿por qué el trabajador social no puede tener autonomía directa?...

...

... sí, no, la institución como tal no ha puesto inconvenientes, que los podría haber puesto, me los podría haber puesto... no me ha puesto inconvenientes, pero no ha favorecido de ninguna manera...”

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

4. PREGUNTAS FINALES: SOLUCIONES, INTERVENCIONES, DESAFÍOS

Como síntesis de la dinámica del Taller se proponen tres cuestiones para ser contestadas a modo de resumen por cada uno de los participantes. Las preguntas son las siguientes:

- 4.1. “¿Cuáles son los existentes / necesarios servicios de apoyo sanitarios / sociales / comunitarios en relación con el maltrato hacia las personas mayores?”
- 4.2. “¿Cuáles son las lagunas / necesidades / puntos de vista para la futura respuesta al maltrato hacia las personas mayores en su institución?”

4.3. "¿Le gustaría utilizar este cuestionario? ¿Por qué sí, por qué no?"

- Con respecto a los servicios existentes de apoyo socio/ sanitario/ comunitario en relación al maltrato a las personas mayores, las respuestas se sintetizan en las siguientes:
 - ✓ Existencia de comisiones sociosanitarias, que cumplen una misión de orientación profesional, pero no son específicas del maltrato a personas mayores sino genéricas sobre todo lo relacionado con ellas.
 - ✓ Las diferencias de objetivos entre distintos niveles de las Administraciones Públicas son a veces la causa de que las comisiones interinstitucionales no cumplan los objetivos de coordinación.
- Se echa de menos en la propia institución.
 - ✓ Más formación a los profesionales en el ámbito del maltrato a las personas mayores.
 - ✓ Mayor protección institucional a las personas mayores, desde el ámbito judicial hasta el sociosanitario, implementando recursos.
 - ✓ Mayor apoyo y respaldo institucional en el propio centro de trabajo, a quienes trabajan con las personas mayores.
 - ✓ Más presencia de los trabajadores sociales en el trabajo de prevención, detección e intervención de maltrato a personas mayores.
 - ✓ Un mayor consenso y coordinación en las instituciones sanitarias, en concreto en los Centros de Salud, en el trabajo de prevención e intervención, mediante protocolos ahora inexistentes.
 - ✓ Una mayor comunicación y coordinación interinstitucional, que favorezca rapidez y eficacia en la intervención, fundamentalmente ante casos de urgencias sociales.
 - ✓ Creación de "mesas del mayor", del mismo modo que las hay constituidas sobre "el menor", por ejemplo, en las que las distintas instituciones, Educativas, de Salud, de Servicios Sociales..., puedan intercambiar casos, experiencias y se ofrezcan soluciones rápidas a situaciones de emergencia social.
 - ✓ Competencias y medios reales para actuar en casos urgentes.

"... ¿Qué echaría en falta? Pues desde luego, por parte de la institución, un respaldo, de que haya un protocolo claro, no solamente para los trabajadores sociales, sino institucional, y que si nosotros detectamos un caso, el que podamos actuar... aparte de la formación que es un bien común..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

- Sobre el formulario de trabajo social.

Se produce un cierto debate sobre las bondades del cuestionario y las dificultades que presenta a la hora de ser aplicado. Su principal fortaleza es su propia existencia, ya que parece haber una significativa escasez de herramientas; mientras que el lenguaje y la extensión hacen de él una herramienta problemática, para adaptarse a la cotidianidad profesional de los trabajadores sociales, cuya presencia en los Centros de Salud, en los equipos de Atención Primaria, es escasa.

"... A mí también me parece bien trabajado este cuestionario, me parece muy completo, pero farragoso y extenso para nuestro quehacer diario..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

No lo utilizarían por:

- ✓ Ser excesivamente minucioso y largo y abordar excesivas tipologías de maltrato.

- ✓ Por falta de identificación con el lenguaje, que ocasiona el que resulte farragoso.
- ✓ Por falta de familiarización / conocimiento de la estructura y desarrollo del formulario.

Lo utilizaría por:

- ✓ Ser el primer cuestionario amplio que tiene en su mano, y, aunque muy extenso, se percibe a modo de guía para obtener información amplia desde donde estructurar entrevistas posteriores, intervenciones, etc.

"...Me parece extenso, pero sí me ha ayudado a reflexionar, me ha pasado como a otros, he dicho ah, pues mira, aquí la historia social pero bien colocadito. Entonces una vez que lo haya manejado, para determinados casos de maltrato ya sí te puede ayudar..."

...

... Yo el cuestionario, igual, lo utilizaría, pero más que nada para hacer un croquis en la cabeza..., pero tal y como está aquí me parece muy extenso, y luego, bueno, tampoco es que tenga mucha experiencia de salir, veo poquitos..., pero sí nos hace falta no quedarnos en las barreras simplemente, y bueno, un poquito más de coordinación..."

...

... este cuestionario pues a mí me sirve bastante, es el primer cuestionario que veo... para hacerme un poco una idea también de lo que podía aportar en una entrevista en un contacto más directo, sí me puede servir..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

5. PREGUNTAS DE SÍNTESIS:

5.1. "¿Cómo define el maltrato hacia las personas mayores, como un problema de salud o como un problema social?"

Existe total unanimidad sobre que es un problema eminentemente social, pero que tiene repercusiones sanitarias, por lo que la calificación de problema sociosanitario es perfectamente adecuada.

"... Social.

... Total, yo total.

... Social.

... Será sociosanitario porque tiene intervenciones en la salud..."

Taller n.º 1. Trabajadores Sociales; Formulario Evaluación

5.2. "¿Creéis que este problema existe, que es importante?"

Es importante y existen muchos más casos de los que se detectan, incluso de lo que se puede detectar con las herramientas, formación e información actualmente disponibles.

III. Conclusiones

- Las trabajadoras sociales carecen de herramientas específicas, no disponen de información ni de formación específica para afrontar el maltrato a personas mayores. En la detección e intervención en casos visualizables de maltrato constatable utilizan modelos creados para otros tipos de maltrato (infantil y/o de género).

- Además de información, formación y acceso a modelos de protocolos específicos, se echa de menos una mayor coordinación entre profesionales en el propio Centro de Salud y entre distintos niveles de las Administraciones Públicas.
- Posiblemente las reflexiones sobre la escasa formación en el ámbito del maltrato a las personas mayores está en la base de una cierta "incomprensión" del contenido del formularios. Parece que las críticas hacia el mismo se formulan desde la incapacidad de poder estructurar toda la información que desde él se puede obtener.
- No obstante lo anterior, las críticas a los problemas de lenguaje o a la extensión parecen más fundamentadas; la clave de la solución podría ser "adecuar", además del lenguaje, el formulario a la situación en la que se pueda proceder a trabajar con la persona mayor, llegando a un equilibrio entre la viabilidad de trabajar con el mayor el cuestionario, en la situación, primero factible para ambos –trabajador social y mayor-, y después la mejor posible (horarios del trabajador social, disponibilidad del mayor, tranquilidad, intimidad, etc.).
- A pesar de las manifestaciones críticas en torno a la estructura del formulario, se transmite que como herramienta resulta válida por dos razones fundamentalmente: no cuentan con ninguna otra específica, y en segundo lugar, les otorga un protagonismo que ahora parecen no tener en el ámbito de la Atención Primaria con respecto al proceso de sospecha, detección y análisis de las situaciones de maltrato a personas mayores.

HERRAMIENTAS Y GUIÓN PARA LA MODERACIÓN DEL TALLER

Título: Taller Evaluación Formulario Trabajo Social

Participantes: Trabajadores Sociales

OBJETIVO DIANA: Conocer las percepciones y puntos de vista de los TS acerca de la aplicabilidad de este formulario de evaluación dentro de la realidad del país.

TIEMPO REAL	TIEMPO ACUM.	DESARROLLO DE LA SESIÓN	MATERIAL
19:00	00:00	1. Introducción Bienvenida y presentación Introducción: Definición del maltrato Introducción: Antes de empezar Introducción: Distribución de material 2. Preguntas introductorias (CA)	Presentación oral
			Documentación y grabación
21:00	02:00	3. Preguntas específicas Sobre la situación formación/trabajo (OR) Sobre el formulario (OR) 4. Preguntas finales (EA) 5. Cierre	

EC. Experiencia concreta. OR. Observación reflexiva. CA. Conceptualización abstracta. EC. Experiencia activa.

Respuesta global al maltrato de las personas mayores, incluyendo la negligencia:

Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial

Taller sobre el Formulario de Evaluación de Trabajo Social

1. Introducción y acogida

Bienvenida:

- La tarea de hoy es observar el contenido del formulario de evaluación de trabajo social que podría ser parte de un estudio piloto conducido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Gerontología Interdisciplinar de la Universidad de Ginebra (CIG-UNIGE). Este formulario será utilizado en combinación con el *Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores* (EASI), un instrumento que los médicos de Atención Primaria podrían utilizar con sus pacientes de 65 y más años, con el fin de validar el EASI.
- Los objetivos del proyecto de la OMS/CIG son:
 - i. Desarrollar y pilotar un instrumento fiable para facilitar a los profesionales del Cuidado de la Salud Pública la detección del maltrato hacia las personas mayores.
 - ii. Capacitar a estos profesionales a tratar con el maltrato hacia las personas mayores a través del desarrollo de estrategias de prevención.
- El Formulario de Evaluación de Trabajo Social ayuda a orientar al trabajador social a través de preguntas sobre maltrato físico, psicológico, negligencia pasiva y activa y explotación económica.
- Este formulario de evaluación es una entrevista en profundidad por parte del trabajador social llevada a cabo en el domicilio del paciente o en otro lugar conveniente para ellos y contiene el desarrollo, por parte del trabajador social, de una evaluación observacional del estado físico del paciente y/o del ambiente en el que vive.
- El objetivo de este Taller es conocer las percepciones y puntos de vista de los trabajadores sociales acerca de la aplicabilidad de este formulario de evaluación dentro de la realidad del país.
- El formulario fue desarrollado en Montreal por el Centro de Salud y Servicios Sociales de René-Cassin et Notre-Dame-de-Grace/Montréal-Ouest (formerly CLSC René Cassin) (65).
- La información obtenida durante este Taller se plasmará en un Informe (la sesión será grabada aunque las cintas serán destruidas después de la transcripción).
- La duración de este Taller será de 2 horas en total, incluyendo 15 minutos de descanso.
- Quiénes son – presentaciones individuales (de los participantes y de la persona que dirige el Taller).
- Rellenar el consentimiento informado y la hoja de información demográfica.

Introducción:

Definición del maltrato hacia las personas mayores

"El maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor" (Action on Elder Abuse, 1995).

(65) The intellectual property rights for the form rest with the researchers of the institute René Cassin.

En la literatura revisada el maltrato hacia las personas mayores ha sido categorizado como:

- *Maltrato físico*: Infligir dolor o lesiones, coerción física, restricciones físicas/químicas.
 - *Maltrato psicológico/emocional*: Infligir malestar psicológico.
 - *Abuso económico/financiero*: La explotación ilegal o inapropiada y/o el uso de propiedades o dinero.
 - *Abuso sexual*: Contacto no consentido de cualquier tipo con una persona mayor.
 - *Negligencia*: Rechazo intencional o no o fallo en el cumplimiento de obligaciones relacionadas con el cuidado.
- (WHO/INPEA 2002)

Antes de empezar:

Pregunta inicial: ¿Qué le ha motivado a asistir a este Taller?

⇒ ¿Tienen alguna pregunta antes de empezar?

Distribución del manual:

Se les deja cinco minutos para que tomen contacto con el material y se familiaricen con su estructura.

2. Preguntas introductorias

- **Definición:**
¿Cómo define el maltrato hacia las personas mayores?
- **Categorías:**
¿Qué tipos de maltrato hacia las personas mayores existen?
- **Causas:**
¿Cuáles son las causas del maltrato hacia las personas mayores?
- **Indicadores:**
¿Cuáles son los indicadores / síntomas de un posible maltrato?
- **Factores de riesgo:**
¿Cuáles son algunos de los factores que colocan a una persona mayor en riesgo de ser maltratada?
- **Prevalencia:**
¿El maltrato hacia las personas mayores es un problema real en su país?

3. Preguntas específicas

Sobre la situación en la que se encuentra la formación/trabajo en el tema:

- ¿El maltrato hacia las personas mayores es un tema en la institución en la que usted trabaja?
- ¿Ha recibido formación específica sobre la evaluación de maltrato hacia las personas mayores?

- ¿Cómo evaluaría el maltrato?
- ¿Se ha encontrado con pacientes maltratados? Si es así, ¿cómo reaccionó?
- ¿Dispone de algún protocolo, estrategias de intervención o seguimiento a mano para detectar casos?
- ¿Cuándo deben usted u otros intervenir?
- ¿Ha conseguido algún apoyo desde su institución para abordar el maltrato hacia las personas mayores? Si es así, ¿qué tipo de apoyo? Si no es así, ¿qué tipo de apoyo desearía obtener?
- ¿Qué rol deben o pueden tener los profesionales del cuidado de la salud pública (médicos, enfermeras, etc.) y trabajadores sociales en la detección/intervención de casos de maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Colabora con otros profesionales en el abordaje del maltrato hacia personas mayores? Si es así, ¿cómo es esta colaboración? Y si no es así, ¿qué forma de colaboración sería útil?

Sobre el Formulario de Evaluación de Trabajo Social:

- ¿Existe ya algún protocolo/evaluación para evaluar las necesidades psicosociales de los pacientes?
- Completar este formulario conlleva aproximadamente 66 minutos (67 preguntas). ¿Es esto factible dentro de su horario?
- La entrevista debe tener lugar en el domicilio del paciente o en otro lugar conveniente para ellos, contiene el desarrollo, por parte del trabajador social, de una evaluación observacional del estado físico del paciente y/o del ambiente en el que vive. ¿Generalmente hace visitas domiciliarias a sus pacientes?
- Observando las nueve secciones que incluye este formulario, ¿cree que todas son necesarias para un formulario de evaluación por parte de un/a trabajador/a social?
- ¿Ha observado alguna cuestión cuyo contenido o formulación no sea apropiada para el ámbito en el que trabaja?
- ¿Hay cuestiones/secciones importantes que no aparezcan en el manual?

4. Preguntas finales: soluciones, intervenciones, desafíos

- ¿Cuáles son los existentes/necesarios servicios de apoyo sanitarios/sociales/comunitarios en relación con el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Cuáles son las lagunas/necesidades/puntos de vista para la futura respuesta al maltrato hacia las personas mayores en su institución?

Pregunta final:

- ¿Le gustaría utilizar este formulario? ¿Por qué sí, por qué no?

5. Cierre

- Agradecer al grupo la participación.
- Recoger los documentos y formularios.

4. TALLER N.º 2. MANUAL DE LA OPS

I. Objetivos y metodología

El objetivo de este Taller ha sido el análisis y valoración del “Manual de la OPS, Parte II: Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono), Guía de Diagnóstico y Manejo 1”. Este Manual se ha elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD), en el marco del proyecto “RESPUESTA GLOBAL AL MALTRATO DE LAS PERSONAS MAYORES, INCLUYENDO LA NEGLIGENCIA: Capacitación de los servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial”.

La metodología aplicada, según lo indicado en el proyecto global, ha sido la siguiente:

- ✓ **Participantes:** 50% de los **Trabajadores Sociales** que han asistido al Taller N.º 1 y el 50% de los **Médicos de Atención Primaria** que han trabajado y asistido a uno de los cuatro grupos focales, para la evaluación del cuestionario “Índice de Sospecha EASI”, en concreto el Grupo N.º 4, celebrado en Madrid. Los Trabajadores Sociales pertenecen a las áreas de Atención Primaria de los Centros de Salud del Municipio de Madrid y de la corona metropolitana.
- ✓ **N.º de participantes:** 10
- ✓ **Duración:** 2 horas
- ✓ **Fecha:** 18 de enero de 2006
- ✓ **Lugar:** Madrid
- ✓ **Captación de los participantes:** Demométrica

Tanto a los trabajadores sociales como a los médicos de Atención Primaria se les entregó el “Manual de la OPS” con una semana de antelación a la celebración del Taller, ya que al ser la duración de dos horas se llegó a la conclusión de que no iba a dar tiempo suficiente para que se hiciera la primera lectura en el propio Taller. Al igual que en el Taller N.º 1, la opción de entregar el documento con antelación ha dado buenos resultados, ya que los participantes entraron en el tema sin dificultad desde los primeros minutos, con buen conocimiento del Manual.

La moderación se realizó por Antonio Yuste, coordinador del proyecto en España, siguiendo el guión y las instrucciones globales, según se adjunta en el ANEXO I.

II. Análisis de resultados

1. PROCEDENCIA Y MOTIVACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL TALLER PAHO

La totalidad de los participantes, según instrucciones de la OMS y del CIG, han participado en otros trabajos del proyecto, por tanto estaban al corriente de los objetivos generales del mismo. El interés por participar en este segundo Taller radica, entre los trabajadores sociales, en continuar intercambiando puntos de vista con otros profesionales en el tema del maltrato a personas mayores, derivado del propio interés que les suscitó la participación en el primer Taller. Otra fuente de interés es el hecho de que se cuente con estos profesionales para el debate y sus opiniones sean tenidas en cuenta de manera activa.

“... La motivación inicial tiene que ver con la temática, me interesa bastante y la obligación de volver pues no, he vuelto porque ayer aprendí mucho de todos los profesionales...”

...

... podía no haber vuelto, pero me parecía interesante. A nivel profesional me parece muy importante que se cuente con los trabajadores sociales en este tipo de cosas y a nivel personal me apetecía colaborar...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de A.P, Manual de la OPS.

Los médicos que han participado en este Taller lo han hecho también en el grupo focal celebrado en Madrid; a todos ellos se les convocó porque había constancia de su trabajo e interés en el tema del maltrato a personas mayores, desde distintas instancias y a distintos niveles. De ahí que su participación en el Taller sea una tarea de continuidad con relación a su participación en el grupo. Algunos de ellos, incluso, han participado de forma muy activa tanto en la elaboración de materiales, como en la impartición de cursos relacionados con el tema de los malos tratos hacia las personas mayores.

"... pertenezco también al Grupo de Salud Mental de la Sociedad Madrileña de Atención de la Familia Semfyc), con otros compañeros, pues nos solicitaron la preparación de un curso sobre maltrato desde la Sociedad, y eso tuvo lugar en octubre pasado..."

...

... Pertenezco también al Grupo Madrileño de Atención al Mayor de la Semfyc, y bueno, también nos ha hecho que nos interese más...

... me llamaron, entonces como ya me había sensibilizado anteriormente, me parece importante....

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de A.P, Manual de la OPS.

2. SOBRE EL MANUAL DE LA OPS

2.1. "En su lugar de trabajo, ¿existe ya alguna guía / manual sobre maltrato a personas mayores para evaluar las necesidades psicosociales de los pacientes?"

A pesar de que esta pregunta no se formuló de manera directa a los participantes en el Taller, la respuesta estaba encima de la mesa a lo largo del tiempo de debate: no hay una guía / manual a disposición de los profesionales de Atención Primaria, específica sobre maltrato a personas mayores, a pesar de que existe una Guía (66) de actuación editada por el IMSERSO y la SEGG, en la que han colaborado numerosos profesionales de la Geriátrica, Gerontología y de Atención Primaria; incluso el coordinador del presente proyecto forma parte del equipo que ha redactado esta publicación. Esta Guía, de muy reciente publicación, no tiene todavía la suficiente difusión y no ha llegado a todos los Centros de Salud, y, por tanto, no está a disposición de una significativa cantidad de equipos de Atención Primaria. Como consecuencia, los médicos que han participado en este Taller sí conocen esta Guía y la tienen, pero los trabajadores sociales no. Recordemos que la selección de médicos se ha hecho en función de haber trabajado en algún nivel el tema de maltrato hacia personas mayores, mientras que los trabajadores sociales se han seleccionado aleatoriamente.

2.2. "¿Cree que este Manual es comprensible?"

Se suscitan dos tipos de críticas al aspecto más puramente formal del lenguaje utilizado:

- ✓ Una primera referida a la utilización de términos latinoamericanos, que en España se utilizan para designar otros conceptos, o bien que, incluso, se desconoce su significado correcto. Son ejemplos de esta crítica los siguientes términos: jalar, monitoreo, reporta...
- ✓ La segunda referida a las traducciones literales de términos anglosajones, cuyo significado en castellano es significativamente distinto, y, en algún caso, afecta al contenido del mensaje; los ejemplos utilizados son: perpetrador, victimizador, palabras cuyo significado en castellano es rigurosamente más "fuerte", ya que, por ejemplo, perpetrar significa cometer, consumir un delito (es una acusación en firme), y victimar significa matar; victimizador, por tanto, es quien mata. Otro caso es el de la palabra "Corte", cuyo significado es Corte de Justicia, palabra nada usual en nuestra país.

(66) *Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación.* Antonio Moya y Javier Barbero Gutiérrez (coord.), Edit. IMSERSO, SEGG, Madrid, año 2005.

“... yo creo que algunas cosas como jalar, monitoreo o tal, que está claro, y hay otras con las que no trago, y es perpetrador, insisto, esto ya no es sudamericano, es que nos la están clavando desde el mundo anglosajón, como victimizador, y esto en castellano no existe, perpetrar significa en la Real Academia, cometer, consumir un delito, culpa... y victimar significa matar...”

...

... Plan de seguridad y orden de protección por parte de la Corte...

... Como no sea la Corte de Carlos V...

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

Las razones para el rechazo de este tipo de palabras en un Manual que se vaya a utilizar en España son, entre otras, el que el lenguaje condiciona el contenido y por supuesto la orientación del Manual. Si se utiliza ese tipo de términos, el Manual tendría un tinte fuertemente “acusador”.

Otros defectos formales detectados son los referidos a la composición / diseño del documento, percibido como “excesivamente matemático”, en el que se detecta un abuso en la utilización de algoritmos para moverse entre los cuadros, diagramas, etc., del Manual, que hacen de él un documento poco manejable y de una utilidad discutible.

“...no se puede poner un algoritmo en el que te mandan al cuadro uno punto y otro al apartado cuatro, intervenciones y diagrama uno punto tres, es decir, un algoritmo es algo que lo ves y lo pones seguidamente...”

...

... yo coincido con lo que se ha dicho antes, y es que creo que este protocolo tiene un cierto aire un poco matemático, a mí me hace recordar un poco la forma que tienen las redacciones americanas...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

2.3. “¿Cree que las sugerencias sobre evaluación, el manejo del problema y el plan de intervención serían factibles en su institución?”

En la actualidad, escasamente factibles, en la medida en que a nivel institucional no hay ni protocolos, ni coordinación, ni medios. El manejo del maltrato dependería de la voluntad y buena práctica de los profesionales.

2.4. “¿Ha observado alguna cuestión cuyo contenido o formulación no sea apropiada para el ámbito en el que se trabaja?”

Con respecto al tema de las formulaciones inapropiadas hay algunas manifestaciones que se desarrollan desde las siguientes reflexiones:

- ✓ En primer lugar, sobre los conceptos que se manejan en el Manual, su definición y en algún caso, su ambivalencia. Tal es el caso de las definiciones de dos conceptos que utilizan indistintamente y sobre los que algunos de los participantes médicos echan de menos una mayor precisión en cuanto al significado que le da el Manual. Los conceptos son el de “negligencia” y “abandono”

“... que no explica para nada la definición, dicen negligencia o abandono, dan una definición pero no dicen si es lo mismo o diferente...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

- ✓ Ubicable dentro de este apartado podría resultar el que se eche de menos en la evaluación un mayor énfasis del análisis del papel y situación del cuidador en todo el proceso que describe el Manual, sólo se hace una referencia y resulta insuficiente.

"... es un párrafo que habla del tema del cuidador y de la posibilidad de que la sobrecarga del cuidador sea un tema a abordar o fundamental. Sólo hay un punto..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

- ✓ Otro asunto que no parece adecuado, ni por lo formal –palabras inadecuadas: reportar–, ni por el contenido; se trata de la expresión “reportar al servicio de protección al adulto”; menos aún teniendo en cuenta que es un manual creado en Latinoamérica donde se presume que no existe nada asimilable a este servicio.
- ✓ Ahondando más en ello, se critica también el lugar que esta actuación ocupa en la sucesión de intervenciones (ver pág. 135 del manual de la OPS), ya que se propone inmediatamente después de que se produce la sospecha, y antes de dar la oportunidad de seguir evaluando los hechos relacionados con la sospecha; este tipo de intervención se asocia más a una situación de emergencia, que a un proceso más normalizado y habitual.
- ✓ Del mismo modo parece inapropiado situar la evaluación (diagrama pág.135, BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA) al final del proceso, cuando debería ocupar un lugar preferente al inicio de la sospecha.

"... En el tema de los boxes para el manejo del problema, que pone en consulta, en el diagrama ¿no? De sospecha de abuso, de negligencia, qué es lo que hay que hacer, y te lleva a un cuadro y te dice: reportar al servicio de protección al adulto..."

... Y luego al final sale la evolución, cuando la evaluación es...

...

... reportar al servicio de protección al adulto, es como llamar al servicio de protección inmediatamente, lo que digo es que debe ir en un punto más abajo...

...

... no ha habido una valoración... ha sido una intervención rapidísima...

...

... entonces, el léxico al principio puede llevar también a no saber lo que quiere decir..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

2.5. “¿Hay cuestiones / secciones importantes que no aparezcan en el manual? ¿El manual es demasiado largo o demasiado corto?”

El manual adolece de ser excesivamente esquemático, tal y como se ha analizado al inicio de este capítulo. En un tema como el del maltrato, si lo que se pretende es informar, formar, y dar directrices para manejar el problema, a los profesionales de la atención primaria, no se debería ahorrar en definiciones, explicaciones, etc. porque hay que partir de la base de que lo más habitual es encontrar profesionales carentes de la información básica, y con necesidad de recibir explicaciones claras, precisas, pero con un necesario desarrollo conceptual.

Una de las primeras alusiones a lo que se ha echado de menos, está referida al tratamiento de los “malos tratos” de los profesionales; el manual sólo incluye en sus directrices el maltrato en el entorno familiar, dejando fuera un tipo de “maltrato”, que supone alrededor del 50% del que se produce cotidianamente en residencias, hospitales, urgencias sanitarias, etc.

"... A mí lo que me parece es un poco lo que decía xxxx, es corto y en principio puede parecerle bien, es una guía corta, es decir la vamos a poder manejar bien, pero quizás es tan corta que deja muchas cosas a lo mejor un poco pendientes..."

...

... hay otra cosa que yo critico y es que no se hace alusión alguna a los malos tratos de los profesionales, y entonces me parece bien que se llame abuso, pero no parece bien que se llame abuso y negligencia... por la obstinación terapéutica o la negligencia de los profesionales...

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

Un tema que este manual no aborda, es el cómo enfocar la intervención con pacientes mayores con capacidad, que sufren maltrato o existe sospecha fundada de que lo haya en el entorno cercano, y, sin embargo muestran el deseo y la voluntad de permanencia en el hogar. Aunque posiblemente el bordaje dependerá de varios factores en cada caso concreto, y será preciso adaptar los instrumentos disponibles a cada situación, se pone de manifiesto la necesidad de tener algunas directrices genéricas sobre los pasos que se deben seguir.

... pero echo en falta la intervención, o cómo hacer en pacientes que aún teniendo capacidad no quieren movilizarse y se quedarán en casa, pero el maltrato se sigue dando.

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

3. PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE LA SITUACIÓN EN AL QUE SE ENCUENTRA LA FORMACIÓN / TRABAJO EN EL TEMA

3.1. “El maltrato hacia las personas mayores es un tema en la institución en la que usted trabaja”

El moderador de este Taller decidió iniciar el trabajo por las preguntas específicas, tal y como lo había hecho con el Taller n.º 1 (Formulario de Trabajo Social). Aunque para los trabajadores sociales esta pregunta ha sido repetitiva es interesante observar las contestaciones que se han ofrecido en esta ocasión, en la que unos y otros profesionales han intercambiado puntos de vista.

En síntesis, el maltrato a las personas mayores no es un tema de la institución en las que ambos tipos de profesionales prestan sus servicios, los Centros de Salud. Desde los médicos se alega como uno de los motivos para que no se dediquen al tema el hecho de que el tiempo de atención a los pacientes es mínimo, debido a la presión asistencial. Desde los trabajadores sociales se reitera que no es la institución sino los profesionales los que llegan a interesarse por el tema, bien sea a través de otros maltratos –de género y menores–, bien sea porque les derivan a sus consultas casos concretos de maltrato a personas mayores. Para la institución no es un tema “visible”, y por este motivo se plantean los siguientes asuntos para el debate, en relación con la institución y/o con los profesionales:

- ✓ Los discursos en torno al maltrato de personas mayores se organizan partiendo de que, a pesar de que el tema de las personas mayores globalmente considerado está presente entre los profesionales y las instituciones del ámbito de la salud, la parte específica del maltrato no lo está; lentamente va abriéndose camino, en primer lugar, con la sensibilidad de los profesionales, y a través de ellos comienza a tener presencia en cursos formativos, como parte específica y con un tratamiento concreto.
- ✓ Las prioridades institucionales se estructuran según “la Cartera de Servicios”, y en ella no consta el maltrato a las personas mayores como ítem cuantificable, por tanto no es una prioridad para los Centros de Salud.
- ✓ Son los profesionales quienes abordan el maltrato, bien porque son quienes se encuentran casos concretos en sus consultas, o bien porque tienen una especial sensibilidad hacia este tema; esta especial sensibilidad puede tener su origen en otros tipos de maltrato –género y menores.

... Además yo coincido con lo anterior, yo creo que las prioridades en nuestra institución se estructuran según cartera de servicios. Si no estoy equivocada, en cartera de servicios no aparece este ítem como en cuanto a cuantificar, entonces no significa una prioridad... Tenemos que dar una respuesta porque nos lo encontramos, pero no creo que institucionalmente suponga una prioridad...

... Yo sé que se detecta más bien de hecho por la sensibilidad de los profesionales y se aborda desde ahí...

...En la medida en que nos hemos formado en el maltrato de violencia infantil, en el maltrato de violencia de género, el equipo a lo largo de las sesiones se ha ido sensibilizando..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

3.2. "¿Ha recibido formación específica sobre evaluación de maltrato hacia las personas mayores?"

- ✓ La formación específica en maltrato hacia las personas mayores es inexistente. No obstante, algunos de los médicos manifiestan que desde la Semfyc se han impartido cursos específicos. El problema entonces podría estar en la incomunicación interprofesional o en el nivel de "atención" y sensibilización ante este tema, que parece pasa inadvertido, a pesar del hecho de que desde algunas sociedades científicas-profesionales se comience a mostrar interés por el mismo, como se constata en la organización reciente de los citados cursos.

"... y sin formación, que no tenemos una formación que se nos haya dado desde fuera, ni la ley de entrada está haciendo cursos en esta línea..."

... desde las sociedades científicas, más o menos un poco, yo creo, que el organismo por iniciativa de sus profesionales o por necesidad que se ha sentido, yo creo que ya sí que se está trabajando en este tema... En el año dos mil tres el grupo de salud mental ya editó la primera actuación frente al maltrato del anciano..., y luego, con respecto a este tema, nosotros intentamos información, vosotros ya habéis hecho el curso, y estamos un poco desde que se ha elaborado el libro de atención al mayor..., pues una parte, una parte que son dos horas dentro del curso y se aborda este tema también un poco lo que es la detección y el abordaje del maltrato... por eso te digo que desde los profesionales sí que nos estamos sensibilizando..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

- ✓ Se pone de manifiesto que uno de los síntomas de que algo no está funcionando bien a nivel institucional es la constatación de la falta de formación específica de los trabajadores sociales en el Área de Salud globalmente considerada. Se echa de menos una mayor integración institucional entre las Áreas de Salud y Social, tanto de profesionales, como de información, comunicación e intervención.

3.3. "¿Se ha encontrado con pacientes maltratados? Si es así, ¿cómo reaccionó?"

La presencia de casos concretos de maltrato no es cotidiana, pero sí existen casos que se presentan desde la evidencia, o desde la sospecha, y la realidad es que los profesionales carecen de dos instrumentos fundamentales:

- ✓ Protocolos para una intervención homogénea, más allá de su buen hacer profesional, y en general, ni siquiera para proponer una intervención.
- ✓ De medios reales para afrontar el problema.

Sólo quienes han participado en algún curso (del tipo de los citados anteriormente) de formación tienen capacidad para afrontar la situación desde un mejor conocimiento de los pasos a seguir; aunque la realidad de los medios disponibles genere situaciones de incapacidad / frustración por no poder dar solución a los casos concretos que se sospechan y/o detectan en las consultas.

"... no nos dicen en estos casos hay que hacer tal, hay que hacer cual, se puede contactar con esta persona. Yo, al menos, ahora sé algo más porque he hecho el curso y me he tenido que preparar."

...

... Y no tenemos recursos en esto y en muchísimas cosas, o sea, que en este sentido puedo detectar, ¿y después qué? Porque todo el mundo, cuando yo he hablado con mis compañeras del Centro, me dicen. ¿Y después qué hacemos?, vale, sí, ¿y ahora qué?..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

No obstante, se aborda un interesante debate sobre las enormes dificultades que evidencia el tema del maltrato a las personas mayores; el debate se plantea desde las líneas siguientes:

- ✓ Problemas de definición y de acuerdos sobre la terminología y contenido: “maltrato” o “maltrato”. Para quienes optan por el primer término, “maltrato” es un término cuyo contenido está más directamente relacionado con las posibilidades de intervención desde la Atención Primaria sociosanitaria, mientras que el segundo término, “maltrato”, se interna en una vía judicializada, y cuya intervención tal vez se establece en otros niveles. De hecho la Guía publicada recientemente en España está decididamente construida desde la primera opción, y ya su título es muy significativo en esta dirección, “Malos tratos a personas mayores”.
- ✓ ¿Por dónde empezar a afrontar el problema del maltrato a las personas mayores: por la sensibilización a los profesionales, por las respuestas que es posible darle...?
- ✓ Es muy importante también el tener en cuenta las consecuencias para la persona mayor de las intervenciones posibles; entre ellas, el apoyo social al cuidador es básico, tanto por sí mismo como por lo que puede repercutir en la persona mayor destinataria del cuidado, y, por ello, objeto de análisis ante cualquier intervención con consecuencias para la persona mayor.

“... porque seguimos con el problema de las definiciones y es que yo sigo hablando de malos tratos, porque si no estamos... ¿qué es el maltrato?, y a lo mejor era lo primero que tendríamos que preguntar. Y si identificas el maltrato con el maltrato de género, esto va por otra vía que no tiene nada que ver... Vas a que el grupo dialogue cosas de Fiscalía..., yo creo que sinceramente por ahí no vamos a ir..., va a haber una respuesta de los profesionales o no la va a haber. Habrá que empezar sensibilizando, y luego si hay recursos sociales..., y además hay que mirar las consecuencias, ¿y si denunciarnos? Es decir, si al cuidador que está teniendo malos tratos sin haberle dado ningún recurso social le apartamos...”

... es decir, cuando faltan cosas y está solo y por tanto es un maltrato, por parte de los Servicios Sociales, por parte de la sociedad, es que no sólo maltrato los cuidadores. Para mí el maltrato es un tema mucho más amplio...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

- ✓ En el proceso de sospecha, detección e intervención, para algunos profesionales, la fase más complicada resulta ser la de la intervención ante una sospecha. La causa de la dificultad estriba en la posibilidad de que la intervención modifique negativamente un equilibrio familiar en el que la persona mayor debe vivir; si como consecuencia de la misma se desestructura el equilibrio “patológico”, sobre el que se cimienta la estabilidad familiar, con bastante seguridad tendrá consecuencias perjudiciales para la persona mayor.

“... Con esto no quiero decir que no hay que hacer nada, pero me cuido mucho de este tipo de intervención, todo lo que suponga un cambio, porque las familias normalmente se equilibran desde el desequilibrio patológico, ¿no?... El maltrato de la negligencia y el abandono me resulta muy complicado...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

Este tipo de manifestaciones ponen en evidencia la ausencia de una información y formación en la gran mayoría de los profesionales de Atención Primaria y la falta de protocolos de intervención ante situaciones de negligencia y de “maltrato”, que no llegan al extremo del maltrato.

3.4. “¿Cómo evaluaría el maltrato?”

En el debate sobre cómo evaluar el maltrato se ponen claramente de manifiesto dos líneas metodológicas, que probablemente se sustentan en otras tantas conceptuales. Desde los trabajadores sociales la evaluación del maltrato sigue unos pasos ya establecidos, en los que, desde el punto de otros profesionales, se tiende a culpabilizar de casi todo a la familia, se llega a situaciones extremas (porque no se evalúan las precedentes), y la consecuencia es la denuncia y judicialización; en síntesis, serían los siguientes:

- ✓ Una primera valoración emocional del cuidador es importante desde una práctica profesional más familiarizada con “el cuidar al cuidador”.
- ✓ Evaluación en el propio domicilio, para contrastar la información recibida del cuidador, y con las redes formales e informales del entorno de la persona mayor.
- ✓ Vía judicial: denuncia, coordinación con la Fiscalía, etc.

Desde los profesionales médicos la visión del maltrato está más cerca del concepto de “mal trato”, es decir, a situaciones todavía no extremas en las que la intervención estaría más cerca de la prevención o protección; por tanto, no se trata tanto de evaluar situaciones extremas de maltrato, concepto más ligado a lo que en trabajo social se entiende como el maltrato a mujeres, niños, etc., y que son casos tipificados en el Código Penal. En síntesis, esta línea pone el énfasis en la sensibilización para la sospecha, captar y actuar en situaciones, antes de que sean extremas, antes de tener que llegar a la vía judicial.

“... en la valoración emocional que nosotros hacemos del cuidador, porque una de nuestras tareas es cuidar al que cuida, pues puede surgir una sospecha..., pero luego vas al domicilio y contrastas, y yo ahí he detectado varios... En la coordinación con los Servicios Sociales, con la Fiscalía, con las redes sociales formales e informales, estamos cumpliendo perfectamente por nuestra parte, y a lo mejor no tenemos que hacer más...”

... cuando hablamos de maltrato enseguida nos vamos a la denuncia o al tema local, yo creo que estamos pensando en la mujer maltratada o en el niño maltratado, entonces, dentro de la definición del maltrato y abuso entran tantas cosas, que aquello que se va a denunciar, es decir, aquello que al final será delito de maltrato es mínimo, es lo menos frecuente... y el miedo que yo tengo es si no hay sensibilización profesional, con test de detección de ocho preguntas a culpabilizar más a las familias... la culpabilización de los familiares es la norma dentro de los profesionales sociosanitarios...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

3.5. “¿Dispone de algún protocolo, estrategias de intervención o seguimiento a mano para detectar casos?”

Desde los trabajadores sociales: Hay estrategias, pero no existen protocolos; esto sería la conclusión para dar una respuesta a esta pregunta. El valor que se concede a los protocolos, si nos atenemos a lo que se manifiesta de ellos para otros temas del contenido del trabajo social, es el ser una herramienta para estructurar el trabajo (la cabeza) del profesional; en concreto, conocer cuáles son los factores de riesgo; el manejo y conocimiento de la historia previa, los antecedentes familiares, son otra herramienta de una gran utilidad.

Las estrategias se limitan al ámbito individual de cada profesional, no existen para un trabajo en equipo coordinado; otras, no obstante, manifiestan que en la práctica las estrategias son de equipo, en la medida en que trabajan coordinadamente, por ejemplo, con los profesionales de enfermería.

Desde los médicos el discurso se organiza en torno a la inexistencia de estrategias y de lo que se entiende por tener una estrategia. No existe estrategia sin formación y claridad del problema al que debe dar respuesta. Cualquier estrategia requiere: suficiente información, suficiente conocimiento y definición del problema y experiencia profesional por haber tenido que enfrentarse al problema.

Por ejemplo, la asistencia a cursos puntuales ni siquiera es suficiente para tener el bagaje que requiere construir una estrategia, porque las variables que inciden en su configuración tienen que ver con el lugar, el tiempo, los recursos disponibles; la estrategia es variable, cambiante y muy dependiente de lo que hay “detrás” (medios).

Desde estas reflexiones, la conclusión es que es difícil que haya estrategias en Atención Primaria, ni individuales ni institucionales, desde el nivel de información y formación que se trasluce de las manifestaciones vertidas en el transcurso del Taller.

Como tema de debate se plantea también el papel de la persona mayor en la aplicación de las estrategias; por ejemplo, en qué circunstancia y hasta dónde se debe tener en cuenta la voluntad y capacidad de decisión de las personas mayores y cómo se debe trabajar para evidenciar a una persona mayor no dependiente de la situación de riesgo en la que vive.

"... protocolos no los tenemos, pero a mí los protocolos me sirven para ordenar la cabeza, un poco, saber cuáles son los indicadores de riesgo..."

...

... tengo protocolos en la mano y tengo estrategias... Para tener una estrategia sobre algo uno tiene que tener bastante formación y bastante claro el problema, ¿no?... Cuando nosotros debatimos en el curso sobre temas de malos tratos no nos planteamos mucho hacer una línea a partir de aquí esto es maltrato, esto no... Cuando tengo un problema de sobrecarga del cuidador es diferente de cuando tengo un problema de un maltrato más específico... ¿Qué tengo que hacer con la estrategia?, suficiente información, suficiente conocimiento del problema y experiencia... Si yo voy a un curso, ni siquiera eso es suficiente para tener una estrategia... Yo creo que la estrategia se diseña cuando uno se enfrenta a un problema y con la información va aprendiendo cómo enfrentarse a los distintos grados del problema..."

...

... Cuando hay una situación de riesgo y donde hay una fragilidad extrema, sí, a veces necesitas tú asumir la protección.... Donde no hay una dependencia, la persona es autónoma, es capaz de decidir, aunque esté sentada en una silla de ruedas, tú tienes que trabajar con esa persona..."

Taller n.º 2, Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

3.6. "¿Ha conseguido algún apoyo desde su institución para abordar el maltrato hacia las personas mayores? Si es así, ¿qué tipo de apoyo? Si no es así, ¿qué tipo de apoyo desearía obtener?"

Tanto a nivel personal como institucional parece que las prioridades son otras. Los discursos en este punto se centran inicialmente en la actitud individual de los profesionales, entre los que la motivación por el tema de los maltratos a las personas mayores tampoco parece estar entre sus prioridades, a juzgar por el escaso interés que suscitan los Cursos, Jornadas, debates, etc., que se organizan sobre el tema.

"... y se apuntan cero médicos, sólo enfermeras, se hace un curso en la Semfyc de cinco horas, se apuntan doce o trece..."

... no hay interés..."

... no hay interés..."

... Y si se lo pones fácil, se lo pones gratis, como se lo pongas, ¿entiendes?, que, bueno, que tenemos otras prioridades..."

Taller n.º 2, Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

3.7. "¿Cuándo debe usted u otros intervenir? ¿Qué rol deben o pueden tener los profesionales del cuidado de la salud pública (médicos, enfermeras, etc.) y trabajadores sociales en la detección / intervención de casos de maltrato hacia las personas mayores?"

La estrategia en Atención Primaria debe atender, además de la detección, la prevención, pero no es habitual que ocurra. Pero además se manifiesta que el papel de cada tipo de profesional está en exceso encasillado, y parece que no existe la flexibilidad necesaria para afrontar la prevención en equipo. No parece haber una conciencia de que en la Atención Primaria el equipo es el que ostenta la responsabilidad en las tareas comunes de prevención, detección e intervención en este tipo de temas, como es el maltrato hacia las personas mayores.

"... Dedicamos demasiado tiempo por definirnos en cada una de nuestras actividades o en nuestros roles y a mí me parece que no son de nadie, no es de nadie en concreto, son del Centro de Salud..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

- ✓ Los trabajadores sociales, por su parte, centran su trabajo principalmente en la constatación de casos detectados mediante la ejecución de: entrevistas personales, entrevistas en el domicilio, observación directa. No obstante, manifiestan que sus actuaciones lo son a requerimiento del equipo sanitario, sin capacidad de actuar independientemente de este condicionante. Por otro lado, y ahondando en la escasa coordinación profesional, plantean de nuevo (ver el Informe del Taller n.º 1), la imposibilidad de acceso a las Historias Clínicas. Consideran también estos profesionales que el acto de acudir al domicilio sólo deben hacerlo si hay una petición expresa del equipo sanitario o de la familia, y sólo entonces, o bien contando con el beneplácito de la misma. No hay un hábito de acudir al domicilio del mayor por sospecha, por ejemplo. El acceso de sus pacientes tiene dos vías: o vienen por iniciativa propia, o por derivación de los profesionales sanitarios.
- ✓ Los médicos viven las consultas con la presión asistencial, y, en el día a día, la mayoría no se dedica a sospechar, prevenir, detectar. Interviene cuando hay casos extremos; por ejemplo, cuando se le pide un informe..., etc. No existe el hábito de visitar a sus pacientes en el domicilio con alguna frecuencia, y sin embargo expiden recetas a los hijos/as de las personas mayores, sin preguntar siquiera "cómo se encuentra" la persona mayor destinataria de las recetas.
- ✓ Desde el punto de vista de las trabajadoras sociales, los equipos sanitarios tienen la ventaja, o privilegio, de poder ver y atender a todo el núcleo familiar y, por tanto, tener una visión de conjunto de lo que pueda pasar en el entorno cercano al mayor.
- ✓ La queja de los médicos es no ser requeridos por nadie salvo para rellenar, emitir, firmar... formularios burocráticos cuando las situaciones de intervención tienen carácter extremos.

"... los sanitarios tienen, son privilegiados, porque pueden ver a toda la familia..."

...

... somos unidades de apoyo..."

...

... tú vas a trabajar con quienes ellos ya te han mandado..., los sanitarios te van a derivar... pero mayoritariamente te derivan..."

...

... Pues seguramente igual hay que ir más al domicilio a valorar, efectivamente... A mí nunca se me habría como un punto importante abordar el tema del maltrato efectivamente, y valoraría dependencia, valoraría actividades de la vida cotidiana, valoraría un serie de cuestiones..."

....

... o sea, mi sensación es que jamás, jamás, jamás, que no es mi compañera que trabaja conmigo en el Centro, me han llamado para comentarme de un paciente, han hecho intervenciones sin avisarme, y lo único que me piden es que rellene, eso sí, si puede ser diez veces al año, el informe de Servicios Sociales... Yo no lo entiendo..., a mí me fastidia que no esperen de mí algo mejor que rellenar un informe..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

En definitiva, lo que sí existe es una práctica unánimidad en considerar que donde se debe trabajar coordinadamente y de manera sistemática, con directrices comúnmente aceptadas, es en la prevención y detección, poniendo en marcha en cada caso concreto los medios de que se dispone: la información a personas mayores y cuidadores de las posibilidades a las que puede acceder a nivel institucional. El debate se desarrolla, no obstante, en torno al concepto de qué es prevención, qué es detección...

*“... Lo que pasa que todo eso son estrategias de intervención ya, y yo estoy por la detección simplemente...
... interviniendo, pero es preventivo. Es preventivo, antes de la detección del problema...”*

...

“... lo que pasa es que sí por ejemplo, tienes detectada una persona que ha disminuido sus horas de trabajo por cuidar a una persona mayor, y en ese momento puedes ir planteando que existen Centros de Día, que existen de verano..., a lo mejor haces una prevención, porque igual estamos reduciendo las actuaciones que ese estrés se contenga...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

3.8. “¿Colabora con otros profesionales en el abordaje del maltrato hacia las personas mayores? Si es así, ¿cómo es esta colaboración? Y si no es así, ¿qué forma de colaboración sería útil?”

Como síntesis de lo expuesto hasta aquí se percibe que la colaboración es escasa y que la que existe depende de la buena voluntad de los profesionales (ver Informe Taller n.º 1). El discurso de este Taller es algo más pobre en esta pregunta posiblemente porque están presentes dos tipos de profesionales que deben protagonizar la colaboración, la coordinación. Lo que se relata, los casos concretos, están más cerca de la improvisación para actuar en cada momento que de una coordinación organizada. Se constata, así mismo, una falta de circulación de la información sobre los recursos institucionales existentes que dependen de otras instancias públicas.

*“... Que directamente, primero, para poderlos utilizar te tienen que informar de los que tienes a mano...
...nosotros no tenemos ni Residencias, ni pensiones, nada...”*

Taller n.º 2, Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

4. PREGUNTAS FINALES

4.1. “El maltrato, ¿es un problema de salud, un problema sanitario o puede ser un problema social?”

Desde la moderación del Taller se pide que sean los médicos quienes contesten prioritariamente a esta cuestión, ya que las respuestas de los trabajadores sociales están recogidas en el Taller n.º 1. En ambas situaciones, y en ambos tipos de profesionales, las respuestas son unánimes: Es un problema principalmente social, pero también un problema de salud, según la acepción de salud adoptada por la OMS, más amplia que el estricto término “sanitario”. Lo que parecen tener claro los profesionales es que el maltrato puede tener causas de distinta índole, sanitarias, de salud, psicosociales, sociales, etc., y consecuencias también muy diversas, entre otras las sanitarias. Sin embargo no siempre las instituciones sociosanitarias entienden esta compleja interdependencia y son los profesionales quienes van por delante en esta visión que contempla el maltrato desde distintas perspectivas.

“... Yo creo que el médico piensa que es social si lo deriva...”

...

Yo pienso que es sociosanitario y muy relevante...

... Yo diría que es sociosanitario, pero es más social...

... Sí, yo también...

...

... Si fuera una cosa sanitaria estrictamente, probablemente fuera poco problemático...

... Sí, yo creo que es sociosanitario..., probablemente los sanitarios tengamos mucho que ver, proporcionalmente más, que a lo mejor en detección y en evaluación...”

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

4.2. "¿Creéis por vuestra experiencia que es un problema relevante, importante?"

Aunque esta pregunta no obtiene respuestas concretas, por el contexto y todo lo que se ha ido manifestando a lo largo de las dos horas de duración del Taller, es deducible que para los profesionales el maltrato es un tema sumamente importante; recordemos que algunos de ellos, los médicos, se han seleccionado precisamente por estar trabajando comprometidamente en él, y los trabajadores sociales han optado por participar precisamente porque han valorado positivamente la importancia del tema.

4.3. "¿Qué rescataríais del Manual de la OPS?"

El primer aspecto rescatable es la intencionalidad, la propia existencia del Manual, porque evidencia que el maltrato hacia las personas mayores es un tema que ocurre con más frecuencia de lo que institucional y profesionalmente se suele considerar. El objetivo de sensibilizar al mundo profesional de la atención sociosanitaria lo cumple.

El papel que podría plantearse es el ser a modo de modelo sobre el que construir manuales o guías locales, adaptadas al lenguaje y situaciones institucionales-profesionales nacionales.

"... Rescataría la intención de hacerlo... y que sea una herramienta concreta..."

... Yo también, y que tenga sensibilización..."

...

... de hecho, que se pueda poner en marcha, que ese sería el tema..."

Taller n.º 2. Trabajadores Sociales y Médicos de AP, Manual de la OPS

El debate finaliza haciendo hincapié en la necesidad de contar con instrumentos y herramientas para trabajar todo el proceso del maltrato hacia las personas mayores, y sin embargo, en contraposición, constatar la escasa difusión que ha tenido la Guía: *Malos tratos a personas mayores...*, elaborada por la SEGG y el IMSERSO, cuya existencia desconocen los trabajadores sociales.

III. CONCLUSIONES

- Del conjunto del trabajo desarrollado en el Taller y de las manifestaciones concretas emitidas sobre el Manual, se extrae un cierto nivel de crítica a la metodología seguida para elaborar el Manual de la OPS; aparentemente se trata de una síntesis de pautas, expresadas en forma muy esquemática, con escaso desarrollo de explicaciones, tanto conceptuales como de los objetivos que están detrás de las mismas. Un manual de este tipo requeriría una metodología más pedagógica, puesto que se trata de informar, mentalizar y formar a equipos de Atención Primaria, de muy diferentes lugares, que cuentan con muy distintos medios humanos y materiales en el ámbito de, también, muy distintos sistemas sociosanitarios. Es probable que llegar a un equilibrio entre suficiente desarrollo conceptual, explicativo, y que la herramienta sea de utilidad real para el objetivo de ser efectivamente práctica y utilizada en un amplísimo abanico de países, no sea tarea fácil.
- Concretando las razones de esta crítica, las hay que tienen que ver con lo más puramente formal, el lenguaje, del que se critica expresamente el que sea una traducción de términos anglosajones, y/o latinoamericanos, que no siempre guardan una buena correlación con los utilizados en España, llegando, en algunos casos a tener un significado distinto que modifica el contenido del texto / mensaje, de manera bastante importante, y que conceptualmente se aleja de otros textos, guías, artículos, recientemente publicados en España.
- Siguiendo con los problemas que se aprecian en lo formal, en segundo lugar, se sitúa la estructura del Manual, excesivamente sintética y, al mismo tiempo, gráficamente complicada. Aunque aparentemente el abordar los temas con gráficos, cuadros, esquemas... tendría que resultar esclarecedor, desde el contenido del Manual y el objetivo para el que está diseñado, no es posible abordarlo con un texto tan esquematizado y, al mismo tiempo, complicado y poco fluido: utilización de algoritmos referenciales, idas y venidas a cuadros y esquemas...

- Con respecto al discurso sobre el nivel de importancia institucional y profesional del maltrato, no difiere del que se ha obtenido en el Taller n.º 1; tal vez hacer hincapié y reiterar que este tema no está presente, ni a nivel institucional ni profesional, en los Centros de Salud; una minoría de profesionales ha tomado conciencia del mismo, y se ha comenzado a trabajar desde las sociedades científicas.
- No obstante, en España existe un instrumento creado muy recientemente, *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*, desde el que se desea cubrir las recomendaciones de la OMS, ***sobre creación de una estrategia global que dé respuesta al problema de los malos tratos hacia las personas mayores.***
- En el debate de este Taller afloran dos modos distintos de acercarse al maltrato de mayores; uno, el de los trabajadores sociales que llegan generalmente a través de otros maltratos (género, infancia), y cuya vía de intervención está más cerca de la judicialización, y el de los médicos, que parece llegar de la mano del concepto de "maltrato", y cuya actitud estaría más cerca de trabajar la prevención o la sospecha. Detrás de estas dos vías hay muchas causas, entre otras probablemente, la misma relación profesional-paciente habitual y personal entre médico-paciente, ocasional y derivada entre trabajador social-paciente.
- La elaboración de un manual como el Manual de la OPS es necesaria; tal vez su función sea servir de modelo genérico, para que desde él se desarrollen modelos específicos en cada país, que se adapten a las particulares características sociosanitarias de cada lugar y, por supuesto, a su lenguaje.

HERRAMIENTAS Y GUIÓN PARA LA MODERACIÓN DEL TALLER

Título: Taller Evaluación manual de la OPS

Participantes: Trabajadores Sociales y médicos de Atención Primaria

OBJETIVO DIANA: Conocer las percepciones y puntos de vista de los Trabajadores Sociales y médicos de Atención Primaria acerca de la aplicabilidad de este formulario de evaluación dentro de la realidad del país.

TIEMPO REAL	TIEMPO ACUM.	DESARROLLO DE LA SESIÓN	MATERIAL
19:00	00:00	1. Introducción Bienvenida y presentación Introducción: Definición del maltrato Introducción: Antes de empezar Introducción: Distribución de material 2. Preguntas introductorias (CA)	Presentación Oral
		Descanso	Documentación y grabación
21:00	02:00	3. Preguntas específicas Sobre la situación formación/trabajo (OR) Sobre el formulario (OR) 4. Preguntas finales (EA) 5. Cierre	

Respuesta global al maltrato de las personas mayores, incluyendo la negligencia:

Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial

Taller Manual de la OPS

5. Introducción y acogida

Bienvenida:

- La tarea de hoy es observar el contenido del Manual de la Organización de la Salud Panamericana que podría ser parte de un estudio piloto conducido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro de Gerontología Interdisciplinaria de la Universidad de Ginebra (CIG-UNIGE). Este Manual será utilizado como guía para los Profesionales del Cuidado de la Salud Pública (PHC) con el fin de ayudarles a detectar, manejar e intervenir en posibles casos de maltrato hacia las personas mayores.
- Los objetivos del proyecto de la OMS/CIG son:
 - i. Desarrollar y pilotar un instrumento fiable para facilitar a los profesionales del Cuidado de la Salud Pública la detección del maltrato hacia las personas mayores.

- ii. Capacitar a estos profesionales para tratar con el maltrato hacia las personas mayores a través del desarrollo de estrategias de prevención.
- El objetivo de este Taller es conocer las percepciones y puntos de vista de los Profesionales del Cuidado de la Salud Pública acerca de la aplicabilidad de este Manual dentro de la realidad del país.
- La información obtenida durante este Taller se plasmará en un informe (la sesión será grabada aunque las cintas serán destruidas después de la transcripción).
- La duración de este Taller será de 2 horas en total, incluyendo 15 minutos de descanso.
- ¿Quiénes somos? – presentaciones individuales (de los participantes y de la persona que dirige el Taller).
- Rellenar el consentimiento informado y la hoja de información demográfica.

Introducción

Definición del maltrato hacia las personas mayores:

"El maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor" (Action on Elder Abuse, 1995).

En la literatura revisada el maltrato hacia las personas mayores ha sido clasificado como:

- *Maltrato físico:* Infligir dolor o lesiones, coerción física, restricciones físicas/químicas.
- *Maltrato psicológico/emocional:* Infligir malestar psicológico.
- *Abuso económico/financiero:* La explotación ilegal o inapropiada y/o el uso de propiedades o dinero.
- *Abuso sexual:* Contacto no consentido de cualquier tipo con una persona mayor.
- *Negligencia:* Rechazo intencional o no o fallo en el cumplimiento de obligaciones relacionadas con el cuidado.

(WHO/INPEA 2002)

Antes de empezar:

Pregunta inicial: ¿Qué le ha motivado a asistir a este Taller?

⇒ ¿Tienen alguna pregunta antes de empezar?

Distribución del manual:

Se les deja cinco minutos para que tomen contacto con el material y se familiaricen con su estructura.

6. Preguntas introductorias

- **Definición:**
¿Cómo define el maltrato hacia las personas mayores, como un problema de salud o como un problema social?
- **Categorías:**
¿Qué tipos de maltrato hacia las personas mayores existen?

- **Causas:**
¿Cuáles son las causas del maltrato hacia las personas mayores?
- **Indicadores:**
¿Cuáles son los indicadores / síntomas de un posible maltrato?
- **Factores de riesgo:**
¿Cuáles son algunos de los factores que colocan a una persona mayor en riesgo de ser maltratada?
- **Prevalencia:**
¿El maltrato hacia las personas mayores es un problema real en su país?

7. Preguntas específicas

Sobre la situación en la que se encuentra la formación/trabajo en el tema:

- ¿El maltrato hacia las personas mayores es un tema en la institución en la que usted trabaja?
- ¿Ha recibido formación específica sobre la evaluación de maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Cómo evaluaría el maltrato?
- ¿Se ha encontrado con pacientes maltratados? Si es así, ¿cómo reaccionó?
- ¿Dispone de algún protocolo, estrategias de intervención o seguimiento a mano para detectar casos?
- ¿Cuándo deben usted u otros intervenir?
- ¿Ha conseguido algún apoyo desde su institución para abordar el maltrato hacia las personas mayores? Si es así, ¿qué tipo de apoyo? Si no es así, ¿qué tipo de apoyo desearía obtener?
- ¿Qué rol deben o pueden tener los profesionales del cuidado de la salud pública (médicos, enfermeras, etc.) y trabajadores sociales en la detección/intervención de casos de maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Colabora con otros profesionales en el abordaje del maltrato hacia personas mayores? Si es así, ¿cómo es esta colaboración? Y si no es así, ¿qué forma de colaboración sería útil?

Sobre el manual de la OPS:

- En su lugar de trabajo, ¿existe ya alguna Guía/Manual sobre maltrato a personas mayores para evaluar las necesidades psicosociales de los pacientes?
- ¿Cree que este Manual es comprensible?
- ¿Cree que las sugerencias sobre la evaluación, el manejo del problema y el plan de intervención serían factibles en su institución?
- ¿Ha observado alguna cuestión cuyo contenido o formulación no sea apropiada para el ámbito en el que trabaja?
- ¿Hay cuestiones/secciones importantes que no aparezcan en el Manual? ¿El Manual es demasiado largo o demasiado corto?

8. Preguntas finales: soluciones, intervenciones, desafíos

- ¿Cuáles son los existentes/necesarios servicios de apoyo sanitarios/sociales/comunitarios en relación con el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Cuáles son las lagunas/necesidades/puntos de vista para la futuro respuesta al maltrato hacia las personas mayores en su institución?

Pregunta final:

- ¿Le gustaría utilizar este Manual? ¿Por qué sí, por qué no?

6. Cierre

- Agradecer al grupo la participación.
- Recoger los documentos y formularios.

5. SÍNTESIS

5.1. Grupos focales realizados con personas mayores y con médicos de Atención Primaria

El objetivo de estos grupos focales era conocer la apreciación, valoración y sugerencias sobre el Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores (*Elder Abuse Suspicion Index, EASI*) por parte de personas mayores y médicos de Atención Primaria. En el caso concreto de los médicos de Atención Primaria ofrecían su percepción tras la aplicación del instrumento a 15-20 pacientes de 65 o más años sin deterioro cognitivo.

Antes de comenzar con el análisis de los resultados obtenidos es importante tener en cuenta una serie de dificultades surgidas al realizar el grupo focal con las personas mayores que pueden influir en cierto grado en los resultados obtenidos. Por un lado, a pesar de que todas las personas mayores que participaron en el estudio no presentaban ningún tipo de deterioro cognitivo resultó muy costoso que consiguieran abstraerse y entendieran bien el mecanismo del grupo focal. Para ellos era muy complicado analizar las preguntas desde un plano impersonal, centraban sus respuestas básicamente en su propia experiencia personal, dificultando la expresión de una respuesta genérica. Por otro lado, se observó que les costaba mucho responder centrándose únicamente en los acontecimientos ocurridos en los últimos 12 meses y en muchas ocasiones sus respuestas hacían referencia a experiencias acontecidas a lo largo de la vida.

También es importante tener en cuenta algunas observaciones realizadas por los médicos de Atención Primaria durante la realización del grupo focal. En primer lugar, que durante el desarrollo del grupo focal con los médicos de Atención Primaria valoraron de forma muy positiva la posibilidad de disponer de una herramienta que les permitiera detectar la sospecha de maltrato hacia las personas mayores, ya que señalaban la existencia de falta de conocimiento y concienciación respecto al tema de los malos tratos hacia las personas mayores. Además, aunque opinaban que este cuestionario hacía referencia a aspectos íntimos y personales que generalmente quedaban fuera de la relación de confianza establecida entre médico y paciente, parecía que las personas mayores lo acogían de manera positiva.

En segundo lugar, los médicos encontraban que el lugar de aplicación del instrumento, la consulta de Atención Primaria, podría conllevar algunos problemas. Por un lado, la saturación de sus consultas y la falta de tiempo para su aplicación y, por otro lado, hacían referencia a la dificultad de obtener respuestas sinceras por parte de la persona mayor si el cuestionario era aplicado en presencia de un familiar, y finalmente estaban de acuerdo en la dificultad de aplicar este instrumento a personas mayores con un nivel de dependencia elevado que no puedan acudir a consulta, siendo la dependencia un factor de riesgo relevante para el maltrato.

En tercer lugar, a estos profesionales les parecía relevante que este cuestionario se acompañara de una Guía/Manual que explicara adecuadamente el objetivo del instrumento e incluyera una breve explicación sobre cada una de las preguntas reflejando su intencionalidad, evitando así malas interpretaciones. En diversas ocasiones a lo largo del desarrollo de este grupo focal se observó que a los médicos de Atención Primaria les costaba mucho centrarse en el objetivo del cuestionario, es decir, "obtener un nivel suficiente de sospecha sobre maltrato hacia las personas mayores".

En cuarto lugar, mientras algunos de los profesionales opinaban que era necesario concretar más el ámbito al que hacía referencia el cuestionario, de manera que quedase menos abstracta la cuestión de a quién hacían referencia las preguntas del instrumento (familiares, vecinos, desconocidos, etc.), otros opinaban que era mejor dejarlo tal y como estaba ya que así se podrían abarcar un mayor abanico de situaciones y posibilidades de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.

A continuación se realiza el análisis de los resultados concretos con respecto a las preguntas realizadas para cada uno de los cinco ítems que componen el EASI.

Tanto los médicos de Atención Primaria como las personas mayores consideraban de importancia todas las preguntas que componen el EASI. Aunque no coinciden en cuál es la más importante de las cinco. Mientras que para las

personas mayores la pregunta más importante era la segunda, "¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?", porque consideran que esta situación es muy habitual y frecuente, en el caso de los médicos era la quinta, "¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?".

Ambos grupos percibían que no existían problemas importantes de comprensión en las preguntas, aunque es fundamental que se hagan algunas matizaciones al respecto. Por ejemplo, en el caso de la primera pregunta, "¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?", en ambos grupos se refleja que no es bien comprendida por parte de las personas mayores, éstos creen que se les pregunta si han recibido ayuda cuando la han necesitado en algún momento de su vida y no centran sus respuestas en lo referente a los últimos 12 meses, y, en otros casos, interpretan que se está haciendo referencia a si se les ha ofrecido ayuda desde instituciones públicas, como Ayuda a Domicilio. También se encuentran algunos problemas de comprensión ante la quinta pregunta, "¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?". En este caso las personas mayores restringían el alcance de la pregunta al ámbito físico, no haciendo referencia al ámbito sexual al que también hace alusión esta pregunta.

Tanto las personas mayores como los médicos de Atención Primaria están de acuerdo en que la pregunta con mejor comprensibilidad es la cuarta, "¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?"; consideraban que esto podía ser debido a la frecuencia con la que se producen abusos económicos hacia las personas mayores.

Están de acuerdo en que en el cuestionario existen determinadas palabras cuya modificación podrían mejorar el nivel de comprensión del mismo. Por ejemplo, en la segunda pregunta, "¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?", consideran que las palabras "impedido" y "obtener" son complejas y sugieren reemplazar "impedido" por "no le han dejado tener, negar, dificultado", que son más sencillas y están más familiarizados con esos términos, y "obtener" lo reemplazarían por el verbo "tener o conseguir". En la quinta pregunta, "¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?", parecen existir no sólo problemas de comprensión con la expresión "tocándole de alguna forma", sino que en el caso concreto de los médicos de Atención Primaria creen que su formulación crea una cierta incomodidad no sólo en los pacientes mayores sino también en ellos mismos a la hora de realizar la pregunta. Ambos grupos proponen cambios en la formulación de la pregunta con el fin de simplificar y concretar el contenido de la pregunta haciéndolo más explícito.

En el caso de los grupos focales realizados con las personas mayores señalaban otras dos preguntas en las que se deberían hacer cambios en su formulación. Una de ellas era la primera, "¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?"; consideran que la palabra "proporcionar" podría resultar problemática y abogan porque se reemplace por "tener" que es un verbo más simple y comprensible. Y la otra pregunta era la tercera, "¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?"; señalan la diferencia existente entre los significados de "avergonzado" y "amenazado", insistiendo reemplazarles por el término "dolido", que puede integrar los dos adjetivos y permite expresar lo mismo de forma menos dura. Además, señalan la posibilidad de reemplazar la palabra "avergonzado" por "humillado", que consideran que es un término más sencillo.

Sólo el grupo de médicos de Atención Primaria consideraban que al menos había una pregunta del cuestionario que resultaba redundante, y ésta era la tercera pregunta: "¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?". Declaraban que la repetición del verbo "sentir" hacía que la pregunta resultara algo compleja para los pacientes mayores y debería ser simplificada.

Coincidían en afirmar que en algunas preguntas el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta podía hacer que ésta resultara demasiado complicada. Señalaron que las preguntas que planteaban más problemas en este sentido eran la primera y la quinta. Mientras que con respecto a la primera pregunta, "¿En alguna oca-

sión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?", se recomendaba diferenciar las actividades en actividades de la vida diaria básicas o instrumentales dividiendo la pregunta en dos o bien dividirla en preguntas más cortas referidas a cada una de las actividades; la sugerencia ante la quinta pregunta, "¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?", fue separarla en dos preguntas distintas ya que hacía referencia a situaciones diferentes cuyas consecuencias podían también ser diferentes. En el caso del grupo de médicos de Atención Primaria algunos participantes opinaban que la mejor opción respecto a esta pregunta, en lugar de dividir la pregunta en dos, era reformularla con el objetivo de aumentar su claridad y concreción en lugar de aumentar el número de preguntas del cuestionario.

El grupo de personas mayores, a diferencia del de médicos, opinaba que otra de las preguntas que podría causar dificultades por incluir varios aspectos dentro de la misma pregunta era la tercera, "¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?"; consideraban que la mejor opción era separarlas en dos preguntas distintas ya que hace referencia, al igual que en el caso de la quinta pregunta, a situaciones diferentes cuyas consecuencias pueden ser también diferentes. Esto podría ayudar a eliminar la confusión en las respuestas. Por su parte el grupo de médicos de Atención Primaria opinaba que había otra pregunta que podía ocasionar problemas y ésta era la segunda pregunta: "¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audifono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?". Unos pensaban que lo mejor era dividir la pregunta en dos, mientras que otros se mostraban reacios a aumentar el número de las preguntas y preferían que se reformularan aumentando la claridad y concreción de la misma al igual que en el caso de la quinta pregunta.

Donde no se encontró acuerdo intergruparal ni intragrupal fue respecto a si consideraban que la formulación de las preguntas era muy larga, mientras que algunos consideraban que las preguntas eran largas otros señalaban que su longitud era la adecuada. Concretamente, los médicos creían que cuanto más cortas y concretas fueran las preguntas mejor se entenderían y más fáciles serían de contestar.

5.2. Taller con trabajadores sociales y médicos de Atención Primaria

Se realizaron dos Talleres, uno de ellos con trabajadoras sociales cuyo objetivo era conocer las percepciones y puntos de vista de las trabajadoras sociales acerca de la aplicabilidad del Formulario de Evaluación Social (Social Work Evaluation Form) dentro de la realidad de nuestro país. Este Formulario consiste en una entrevista en profundidad realizada por el trabajador social llevada a cabo en el domicilio del paciente o en otro lugar conveniente para ello e implicaba, además, una evaluación/observación al estado físico del paciente y/o del ambiente en el que vive. Ayuda a orientar al trabajador social a través de preguntas sobre maltrato físico, psicológico, negligencia pasiva y activa y explotación económica.

Para el segundo Taller se seleccionaron 10 profesionales: médicos y trabajadores sociales de Atención Primaria. Los médicos que participaron en el Taller ya habían asistido a uno de los grupos focales para la valoración del "Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores, EASI" celebrado en Madrid. Las trabajadoras sociales participantes habían asistido al Taller en el que se analizaba el Formulario de Evaluación Social, celebrado también en Madrid. El objetivo de este segundo Taller era conocer las percepciones y puntos de vista de los profesionales de Atención Primaria acerca de la aplicabilidad en España de un breve Manual incluido dentro de un Manual de Educación Gerontológico para el personal de Atención Primaria de salud denominado "Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores". Este Manual fue elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud). El breve Manual sobre el que se trabajó durante este Taller está incluido en la sección "Guías clínicas para problemas seleccionados" y se titula "Abuso (maltrato) y Negligencia (abandono)".

La primera parte de ambos Talleres fue común. Entre los resultados más relevantes de esta primera parte destacan los siguientes. Ambos grupos de profesionales consideraban el maltrato hacia las personas mayores como un pro-

blema sociosanitario y muy importante que debía ser abordado de manera inmediata, entre otras cosas debido a la existencia de muchos más casos de los que se detectan.

En función de los comentarios de los participantes, el maltrato hacia las personas mayores no sólo no es un tema de interés para las instituciones en las que trabajan: no existen protocolos o herramientas específicas, ni pautas de sospecha e intervención, etc., sino que tampoco es prioritario para muchos profesionales de Atención Primaria, de ahí el escaso interés que suscitan los Cursos, Jornadas y debates que se organizan sobre el tema. Los temas prioritarios de las instituciones se estructuran según la “Cartera de Servicios”, dentro de la cual no consta el tema del maltrato hacia personas mayores. Manifiestan que son los propios profesionales los que abordan el tema bien porque se encuentren con casos en su práctica profesional, bien debido a que están concienciados y/o sensibilizados respecto al tema.

El grupo de trabajadoras sociales manifestaban que su institución les apoyaba para abordar el maltrato sólo si existía una evidencia clara y objetiva de dicha situación y no en casos de sospecha del mismo. Este apoyo consistía simplemente en transmitir la información que otros profesionales de Atención Primaria poseían sobre la persona mayor. Destacaban la presencia de otras dificultades presentes en sus centros de trabajo, como el acceso a los recursos, características laborales (horarios y frecuencia de su presencia en los Centros), la falta de apoyo institucional cuando los profesionales organizan comisiones sociosanitarias interprofesionales para tratar temas relacionados con personas mayores.

Las participantes señalan además que no han recibido información ni formación específica que les permita abordar el tema. Y, en los casos en los que existe la posibilidad de optar a esta formación a través de cursos impartidos, por ejemplo, por sociedades científicas de las que forman parte los médicos de Atención Primaria, estos cursos pasan prácticamente inadvertidos bien sea por falta de comunicación entre profesionales o por falta de concienciación y sensibilización respecto al tema en cuestión.

Comentan que aunque no se enfrentan a situaciones de maltrato hacia las personas mayores con excesiva frecuencia, sí que han sospechado de su presencia en algunos casos o se han encontrado con algunos casos confirmados de maltrato. Ante esta situación lo que les preocupaba principalmente era que, por un lado, carecían de protocolos que les permitieran realizar una intervención homogénea y carecían también de protocolos de intervención ante situaciones de negligencia y de “maltrato” que no llegaran al extremo de “maltrato”. Y, por otro lado, reconocían carecer de recursos necesarios para abordar el problema, lo que les causaba sensación de frustración al no poder dar solución a situaciones de maltrato que se sospechan o detectan durante su práctica profesional. En el caso concreto de las trabajadoras sociales ante casos de maltrato hacia personas mayores afirmaban aplicar modelos creados para otros tipos de maltrato (infantil y/o género), por lo que se deducía la carencia de metodología específica para afrontar el maltrato hacia las personas mayores. Como consecuencia de estas carencias, a la hora de evaluar el maltrato hacia las personas mayores pondrían en marcha el mismo procedimiento que utilizan habitualmente con otros grupos de población.

Las trabajadoras sociales señalaban, además, que algunos Municipios tenían protocolos como el denominado “Valoración del Mayor” o “Anciano Frágil”, cuyos destinatarios eran personas de 75 o más años que vivían solas. Pero ninguno de estos protocolos eran específicos para la intervención y seguimiento de situaciones de maltrato. Generalmente las trabajadoras sociales realizaban valoraciones integrales, pero sin aplicar ningún instrumento específico.

Además los médicos de Atención Primaria señalaban otros aspectos que dificultan la detección, prevención e intervención ante casos de maltrato. El primero de ellos era la inexistencia de una definición consensuada sobre el maltrato y su terminología: “maltrato” o “maltrato”. Consideraban que el primer término “maltrato” estaba más cerca de la posible intervención por parte de Atención Primaria, mientras que señalan que “maltrato” estaba más ligado al ámbito judicial. Otro de los aspectos era cuál era el mejor punto para comenzar a abordar el tema del maltrato hacia las personas mayores, que parecía no estar muy claro. También señalaban la importancia del papel que el cuidador juega en esta situación y de qué actuaciones se deben llevar a cabo con él (por ejemplo, a través del apoyo). Finalmente, declaraban que la fase más complicada para el abordaje del maltrato era la intervención ante la sospe-

cha, destacando que había que tener mucho cuidado con las actuaciones que se ponían en marcha en este punto ya que podían conducir a consecuencias, en algunos casos negativas, para la persona mayor puesto que se está hablando de casos de sospecha de maltrato y no de casos confirmados.

Las trabajadoras sociales y los médicos diferían significativamente respecto al tema de la evaluación del maltrato hacia las personas mayores. Por un lado, las trabajadoras sociales realizarían una evaluación basándose en sus conocimientos e intervenciones en casos de maltrato infantil y de género, y hacían referencia a casos extremos de maltrato, de manera que valorarían aspectos emocionales en el cuidador, analizarían el propio domicilio con el objetivo de contrastar información y, en caso de encontrar sospecha de maltrato o de confirmar la presencia de una situación de maltrato, lo derivarían por vía judicial. Los médicos, por otro lado, se situaban más cerca del concepto de "maltrato", es decir, situaciones que no son extremas donde lo más importante para solventarlas es la sospecha y la prevención. Ponían el énfasis en la importancia de la concienciación y sensibilización y en actuar antes de que la situación fuera más grave y evitar en la medida de lo posible la utilización de la vía judicial.

Las trabajadoras sociales opinaban que el trabajador social, al igual que otros miembros del equipo de Atención Primaria, estaban en una posición privilegiada que les permitía la posibilidad de evaluar la sospecha de maltrato.

Se observan también diferencias significativas en el discurso de las trabajadoras sociales y los médicos al preguntarles si disponían de algún protocolo o estrategia de intervención o seguimiento para detectar casos de maltrato. Las trabajadoras sociales afirmaban que aunque no disponían de protocolos específicos sí poseían estrategias para actuar en estas situaciones. Estas estrategias eran individuales y no estaban coordinadas con otros profesionales. Según los médicos no sólo no se poseían protocolos específicos sino que consideraban que tampoco se poseían estrategias para abordar el tema puesto que el desarrollo de las estrategias implicaba tener información, conocimientos y experiencia profesional en el tema y esto es justamente lo que no existía respecto al maltrato hacia las personas mayores.

En un aspecto en el que sí coinciden es en afirmar que la colaboración interdisciplinar es escasa y existe una falta de circulación de la comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas. Es necesario según los participantes, por tanto, la necesidad de que se establezca un trabajo interdisciplinar coordinado y sistemático con el objetivo de potenciar la detección y prevención de las situaciones de maltrato en el contexto de la Atención Primaria, cuestiones sobre las que se trabaja poco, centrándose sobre todo en la intervención en casos extremos.

Cuando se preguntó a los participantes si disponen en su lugar de trabajo de alguna Guía o Manual sobre maltrato hacia las personas mayores, las trabajadoras sociales declaraban que no disponían de ningún material concreto relacionado con este tema. En cambio los médicos tenían conocimiento de la Guía *Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación*, editada por el IMSERSO y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), en la que han colaborado profesionales de múltiples disciplinas.

Respecto a la valoración del formulario propiamente por el grupo de trabajadoras sociales, éstas realizaron una valoración en términos de duración de aplicación, lenguaje utilizado, estructura, estilo y ámbito de aplicación. Con respecto al tiempo que conllevaba la aplicación del formulario coincidieron en que era excesivamente largo (66 minutos) y exhaustivo para aplicarlo en Atención Primaria. Creían que sería más adecuada su aplicación sólo para indagar y profundizar en casos reales de maltrato.

Con respecto al lenguaje utilizado en el formulario, consideraron que su formulación podría conducir a algunos problemas. Por ejemplo, señalaban que la traducción del formulario era en algunos momentos excesivamente literal y contenía palabras y/o expresiones que en castellano tenían un significado algo diferente o muy diferente del que podían tener en el idioma original (el inglés). Esto ocurría, por ejemplo, en el caso de la palabra "sponsorship", traducida al castellano por "patrocinio", cuando en este caso la palabra adecuada al contexto sería "institución". Además, algunas palabras podían influir en el tono desde el que se formulan las preguntas, como podía ser el caso de "desgracia".

Las participantes realizan también críticas relativas a la estructura del formulario. Hicieron hincapié, por ejemplo, en las cuestiones relacionadas con la vivienda. Señalaban que existía una mezcla de preguntas sobre tipo y carac-

terísticas de la vivienda que creaban cierta confusión. Otro ejemplo era la pregunta relativa a la situación ocupacional de la persona mayor, que desde un punto de vista formal no tendría cabida ya que, salvo algunas excepciones, a partir de los 65 años la jubilación en España es obligatoria y no se puede trabajar formalmente.

Por otro lado consideraban que el hecho de preguntar a la persona mayor por cuestiones muy personales que pueden desvelar situaciones problemáticas podían conducir a expectativas irreales. Es decir, podían pensar que al incidir sobre aspectos personales los trabajadores sociales iban a poder ayudarles a solucionar determinados problemas sobre los que en muchas ocasiones el trabajador social no tiene competencia ni medios para intervenir.

En lo que respecta al estilo en el que estaba formulado dicho formulario concluían que éste tenía un estilo excesivamente directo y negativo que podría resultar adecuado en otros países pero no en España. Por un lado, manifestaban que la estructura de los cuestionarios en España era mucho más indirecta y, por otro lado, era negativo porque se utilizan términos negativos en algunas de las preguntas como, por ejemplo, “¿Tiene problemas con sus hijos?”, “¿Sus hijos tienen problemas de salud?”. Estos términos podían influir negativamente en la obtención de información válida y fiable ya que las personas mayores tienden a ensalzar los aspectos positivos de sus hijos y a no reconocer los negativos.

Consideraban que el ámbito de aplicación más adecuado para este instrumento dependía de diversos factores como, por ejemplo, dónde se sentiría más cómoda la persona mayor y/o menos presionada por el contexto.

Echaban de menos la presencia de dos temas de gran importancia. Uno de ellos eran las “redes informales” (vecinos y amigos), importantes especialmente en el caso de personas mayores sin familia cercana. El otro tema era la relación anterior y actual entre la persona mayor y su familia, especialmente con sus hijos, al que no se hacía referencia alguna.

No obstante, independientemente de las críticas que emitieron respecto al formulario lo consideraban una herramienta válida y útil por varias razones. En primer lugar, no disponen de instrumentos específicos y comunes para Atención Primaria. Y, en segundo lugar, les otorga un protagonismo que parecen no tener ahora en Atención Primaria con respecto al proceso de sospecha, detección y análisis de las situaciones de maltrato a personas mayores.

Como conclusión del Taller realizado con las trabajadoras sociales, éstas señalaban la existencia de comisiones sociosanitarias que cumplían una misión de orientación profesional, pero que no eran específicas del maltrato a personas mayores sino genéricas sobre todo lo relacionado con ellas. Entre las necesidades existentes para una futura respuesta al maltrato hacia las personas mayores en su institución destacaron: mayor formación a los profesionales en el ámbito del maltrato a las personas mayores; mayor protección institucional a las personas mayores desde el ámbito judicial hasta el sociosanitario, implementando recursos; mayor apoyo y respaldo institucional en el propio centro de trabajo a quienes trabajan con personas mayores; mayor presencia de los trabajadores sociales en el trabajo de prevención, detección e intervención de maltrato a personas mayores; mayor consenso y coordinación en las instituciones sanitarias, en concreto en los Centros de Salud, en el trabajo de prevención e intervención mediante protocolos ahora inexistentes; mayor comunicación y coordinación interinstitucional, que favorezca rapidez y eficacia en la intervención, fundamentalmente ante casos de urgencias sociales; la creación de “mesas del mayor”, del mismo modo que las hay constituidas sobre “el menor”, por ejemplo, en las que las distintas instituciones, educativas, de Salud, de Servicios Sociales..., puedan intercambiar casos, experiencias y se ofrezcan soluciones rápidas a situaciones de emergencia social y el desarrollo de competencias y medios reales para actuar en casos urgentes.

Finalmente, entre las razones que ofrecen las trabajadoras sociales para no utilizar el cuestionario destacaban su excesiva minuciosidad y longitud, la presencia de términos lingüísticos no adecuados y la falta de familiarización y conocimiento de la estructura del formulario. La principal razón que destacaron para su utilización fue que era el primer cuestionario que tenían en su mano para abordar el maltrato hacia las personas mayores.

Con respecto al “Manual de la OPS”, los médicos y trabajadoras sociales en general consideraban que este Manual era excesivamente esquemático y breve. Consideraban que la metodología seguida para elaborar este Manual era

una síntesis de pautas, expresadas en forma muy esquemática, con escaso desarrollo de explicaciones, tanto conceptuales como de los objetivos que estaban detrás de las mismas. Pensaban que un Manual de este tipo requeriría una metodología más pedagógica, puesto que pretendía informar, mentalizar y formar a equipos de Atención Primaria, de muy diferentes lugares, con medios humanos y materiales muy distintos. Es probable que llegar a un equilibrio entre un desarrollo conceptual suficiente y explicativo y que la herramienta sea de utilidad real para el objetivo de ser efectivamente práctica y utilizada en un amplísimo abanico de países no sea tarea fácil. Opinaban que si lo que se pretendía era que los profesionales fueran capaces de manejar un problema como el maltrato hacia las personas mayores debía ofrecerse una cantidad de información básica suficiente (definiciones, explicaciones) que permitiera a los profesionales tener una base sólida para abordar el tema.

Al analizar la comprensibilidad de este Manual realizaron críticas relativas a aspectos formales como el lenguaje utilizado en el que estaba formulado. En primer lugar, hicieron referencia a la presencia de términos latinoamericanos como "jalar", "monitoreo" y "reporta", que no son utilizados en España y conducen a confusión. En segundo lugar, manifestaron la presencia de términos traducidos literalmente del inglés que podían afectar al significado y el contenido del texto. Esto ocurría con términos como "perpetrador" y "victimizador". Perpetrar significa cometer, consumir un delito, y victimar significa matar, y victimizador por tanto, quien mata. Se observó algo parecido con la palabra "corte" que hacía referencia a "Corte de Justicia", término no habitual en España. Consideraban, por tanto, que si se pretende utilizar el documento en España sería necesario primeramente realizar estas y otras modificaciones formales de manera que el mensaje que se transmite evitara ser tan acusador.

Otros problemas detectados en la formulación del texto hacían referencia, por ejemplo, a la ambigüedad con la que se utilizaban algunos términos, como "negligencia" y "abandono", que eran utilizados indistintamente, y los médicos sobre todo consideraban que debería darse más información precisa sobre ambos conceptos.

También criticaron aspectos referidos a la estructura del Manual, por ejemplo, consideraron que el uso excesivo de cuadros, diagramas y algoritmos hacían que se perciba como poco manejable. Además destacaron que el lugar en el que situaba la evaluación, al final del proceso, no era el correcto, sino que la evaluación debería ocupar un lugar al inicio del proceso de sospecha. La estructura del Manual era excesivamente sintética y, al mismo tiempo, gráficamente complicada. Aunque aparentemente el abordar los temas con gráficos, cuadros, esquemas... tendría que resultar esclarecedor, tanto el contenido del Manual como el objetivo para el que está diseñado no era posible abordarlo con un texto tan esquematizado y, al mismo tiempo, complicado y poco fluido: utilización de algoritmos referenciales, idas y venidas a cuadros y esquemas, etc.

Consideraban que los aspectos relacionados con la evaluación, el manejo del problema y el plan de intervención no serían factibles en estos momentos puesto que a nivel institucional, como se ha comentado anteriormente, no existen protocolos, coordinación interdisciplinar ni recursos suficientes para abordar el problema.

Estos profesionales echaban en falta varias cosas en este Manual, consideraban que se daba poca importancia al papel del cuidador, sobre el que habría que profundizar mucho más. También criticaban que el Manual se centrara exclusivamente en el maltrato hacia las personas mayores dentro del ámbito familiar sin mencionar el maltrato institucional que podían sufrir. Finalmente, no se abordaba cómo enfocar la intervención con personas mayores que mantienen sus capacidades cognitivas intactas que sufren maltrato o existe la sospecha de que lo están padeciendo pero deciden permanecer en el domicilio.

Los profesionales señalaban como un aspecto muy positivo de este Manual su intención, el simple hecho de que existiera, ya que esto evidenciaba que el maltrato hacia las personas mayores era algo más habitual de lo que se quiere admitir, y que cumplía con su objetivo básico que era sensibilizar a los profesionales de Atención Primaria.

6. ACCIONES FUTURAS A REALIZAR

Tras los resultados de los diferentes grupos de discusión se procederá a realizar la adaptación cultural y lingüística del Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI) y del Formulario de Evaluación de Trabajo Social, para posteriormente aplicar estos cuestionarios en el ámbito de la Atención Primaria, con el objetivo de conocer la prevalencia de sospecha de diferentes tipos de malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito comunitario. Este trabajo se realizará gracias a la concesión, por parte del IMSERSO, de un proyecto I+D+I dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (2004-2007).

Questionarios

i) ELDER ABUSE SUSPICION INDEX (EASI)

Subject No.

Doctor No.

Instructions to patients:

I am now going to move to the research study in which you have agreed to take part. *(If there is an accompanying person say to her/him: Since the researchers ask that this be done in private, would you please leave us for a few moments?) If accompanying person does not leave, ask questions anyway, but record below his/her presence...* I will now ask about life situations or relationships that may have occurred over the last 12 months. While it may be difficult to do, please try to answer each question with only the words Yes or No.

1. Have you relied on people for any of the following: bathing, dressing, shopping, banking or meals?

- Yes No Did not answer

If Yes: Have problems been common between those people and you?

- Yes No Did not answer

2. Has anyone prevented you or tried to prevent you from getting food, clothes, medication, glasses, hearing aides or medical care, or from being with people you wanted to be with?

- Yes No Did not answer

If Yes: Has this happened more than once?

- Yes No Did not answer

3. Have you been upset because someone talked to you in a way that made you feel shamed or threatened?

- Yes No Did not answer

If Yes: Has this happened more than once?

- Yes No Did not answer

4. Has anyone tried to force you to sign papers or to use your money or your belongings against your will?

- Yes No Did not answer

If Yes: Has this happened more than once?

- Yes No Did not answer

5. Has anyone made you afraid, touched you in ways that you did not want, or hurt you physically?

- Yes No Did not answer

If Yes: Has this happened more than once?

- Yes No Did not answer

Doctor: Do not ask this next question to the patient. It is for you only to respond to.

6a. Elder abuse may be associated with findings such as: poor eye contact, withdrawn nature, malnourishment, hygiene issues, cuts, bruises, inappropriate clothing, or medication compliance issues. Did you notice any of these today or within the last 12 months?

Yes No Not sure

6b. Doctor: Aside from you and the patient, is anyone else in this room during this questioning?

Yes No Not sure

M.J. Yaffe, MD mark.yaffe@mcgill.ca

M. Lithwick, MSW mlithwick@ssss.gouv.qc.ca

C. Wolfson, PhD tinaw@epid.jgh.mcgill.ca

ii) ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES (EASI)

Paciente n.º.....

Médico n.º.....

Instrucciones a los pacientes:

Ahora voy a comenzar el estudio de investigación en el que usted ha aceptado tomar parte. *(Si hay una persona acompañándole, dígame: Debido a que los investigadores solicitan que esto se realice en privado, ¿podría por favor dejarnos a solas durante un momento?.) Si la persona acompañante no se marcha, formule las preguntas de todos modos pero informe de su presencia...* A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los últimos doce meses. Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un "sí" o un "no".

1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

Sí No No contesta

2. ¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

4. ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

5. ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

- Sí No No contesta

Médico: No haga la siguiente pregunta al paciente. Esta pregunta es para que la conteste únicamente usted.

6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos. ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

- Sí No No está seguro

6b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

- Sí No

M.J. Yaffe, MD mark.yaffe@mcgill.ca

M. Lithwick, MSW mlithwick@ssss.gouv.qc.ca

C. Wolfson, PhD tinaw@epid.jgh.mcgill.ca

iii) SOCIAL WORK EVALUATION FORM

Evaluation Form

Subject No. _____ Evaluator: _____

Location of interview: Home Other: _____

Date Referral Received (yy/mm/dd): _____

Date of first visit (yy/mm/dd): _____

Date of second visit (if necessary) (yy/mm/dd): _____

Subject withdrew from study: Yes No

Date of withdrawal (yy/mm/dd): _____

Reason for withdrawal: _____

SECTION 1. SOCIAL HISTORY: (occupation, marriage, divorce, grief, misfortune, education, immigration, moves, other major events.)

In this section, ask subject to tell you a personal history. During this process, gather information on the above and fill it in below:

- 1. Sex: M or F
- 2. Age: _____
- 3. Language used during the interview: _____
- 4. Occupation status (circle all that apply)
 - 1. Retired Type of work? _____
 - 2. Unemployed From what? _____
 - 3. Unable to work for medical reasons
 - 4. Employed full time as: _____
 - 5. Employed part-time as: _____
 - 6. Homemaker
 - 7. Other: _____

- 5. Housing
 - 1. Home/apartment
 - 2. Low cost housing/HLM
 - 3. Public housing/LTCF
 - 4. Residence
 - Services
 - No services
 - 5. Other, please specify:

- Are there any difficulties or specific problems that the subject has identified re: housing conditions (salubrity, space, security, satisfaction...)?
 - Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

6. Country of birth: _____

If applicable, are you under sponsorship at this time? Yes No N/A R/A

If "Yes", what is your relationship to the sponsor? _____

If the subject is originally from another country, ask questions about any specific events that may have influenced their coming to this country (for example holocaust, war etc):

7. Marital Status

1. Married
2. Widowed
3. Separated or divorced
4. Single
5. Common law → different-sex partner
→ same-sex partner
6. Significant relationship

8. Living Arrangements

Check all that apply:

1. Alone
 2. With spouse
 3. With common law partner
 4. With roommate
 5. With child(ren) How many? _____
 6. With grandchild(ren) How many? _____
 7. With other relatives: _____
 8. With paid caregiver
 9. Other: _____
- How long have you been in the present arrangement? _____
 - Is it problematic (for example: family problem, needs more help, other)?
Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

9. Describe major life events in the last 12 months: *(circle all that apply)*

- 1. None
- 2. Death
- 3. Divorce (own or within family) / separation from partner
- 4. Physical deterioration of subject or the person with whom they live
- 5. Change in financial status
- 6. Child or grandchild moving in or out etc.
- 7. Moving in or out of child's or other relative's home.
- 8. Other, specify: _____

Explain: _____

SECTION 2. FAMILY DYNAMICS

RELATIONSHIP WITH SPOUSE/PARTNER

10. If married, is this a first marriage? (Apply same questioning if it is a common law commitment or long-term relationship.)

- 1. Yes How long? _____
- 2. No How long in current relationship? _____
- 3. Not applicable (Go to question 12)
- 4. R/A

11. Most couples acknowledge that there are, from time to time, problems that arise in their relationship. How often would you rate problems in yours, whatever your definition of problem is, using the following:

_____ Never _____ Occasional _____ Often _____ Very often

Explain:

• Does your spouse or partner have any specific health problem or emotional problem (include illness, handicap, alcohol or drug or gambling addiction, or mental illness)?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

If "Yes", describe the impact that it has had on you:

If applicable, explore the following questions:

- What is the impact of any difficulties in your relationship?

- If there are any problems within the relationship, for how long has this been occurring?

- Do you describe yourself as being mistreated within this relationship?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

Is there any precipitating factor?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

- Have things become worse in the last 12 months?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

RELATIONSHIP WITH CHILDREN

12. Do you have any children? Yes No N/A R/A

If "No" go to question 14.

If "Yes" how many? _____

Explore the relationship between the subject and the child(ren). If there are any problems, with whom?

Please list relationship: A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Describe any problems:

13. Does any child have any specific health problem or emotional problem (include illness, handicap, alcohol or drug or gambling addiction, or mental illness)?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

If "Yes", describe the impact that it has had on you:

Does this person live with you? Yes No N/A R/A

RELATIONSHIP WITH GRANDCHILDREN

14. Do you have any grandchildren? Yes No N/A R/A

If "No" go to question 16.

If "Yes" how many? _____

Explore the relationship between the subject and the grandchild(ren). If there are any problems, with whom?

Please list the relationship: A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Describe any problems:

15. Does any grandchild have any specific health problem or emotional problem (include illness, handicap, alcohol or drug or gambling addiction, or mental illness)?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

If "Yes", describe the impact that it has had on you:

Does this person live with you? Yes No N/A R/A

OTHER SIGNIFICANT RELATIONSHIP(S)

16. Do you have any other significant relationships? Yes No N/A R/A

If "No" go to question 18.

Explore the relationship between the subject and any other significant person. If there are any problems, with whom?

Please list relationship: A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Describe any problem:

17. Does this person have any specific health problem or emotional problem (include, illness, handicap, alcohol or drug or gambling addiction, or mental illness)?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

If "Yes", describe the impact that it has had on you:

Does this person live with you? Yes No N/A R/A

RELATIONSHIP WITH OTHER FAMILY MEMBERS

18. Do you have any other family members with whom there have been problems within the past 12 months? Yes No N/A R/A

If "Yes", what are they? With whom do they occur and how often?

19. Does any other family member have any specific health problem or emotional problem (include illness, handicap, alcohol or drug or gambling addiction, or mental illness)?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

If "Yes", describe the impact that it has had on you:

Does this person live with you?

Yes No N/A R/A

SECTION 3. QUESTIONS ABOUT ADL'S

DEGREE OF DEPENDENCY

20. Are you:

- 1. Independent in all ADL's *Go to question 25*
- 2. Independent in some ADL's
- 3. Totally dependent
- 4. (If applicable) How many people provide assistance? _____

Please list relationships: A: _____
 B: _____
 C: _____
 D: _____

In this section, use the categories listed above and below to help you complete the grid. Subjects may have different caregivers for different tasks.

- 1. Unaided
- 2. With assistance from others
- 3. Totally dependent on others
- 4. Activity not performed

Activity	Degree of Assistance (1-4)	For each item indicate if the situation is Temporary or Permanent	Who performs the activity? (see A-D, above)	Does the subject live with the caregiver?
Bathing				
Dressing				
Toileting				
Medication Administration				
Housekeeping				
Meal preparation				
Eating				
Shopping				
Transportation				
Mobility				
Other				

21. Ask questions directly to the subject about the type of care that he/she receives and about the relationship with the person who helps him/her:

- Have there ever been any problems with the type of care you received in the last 12 months?

Yes No N/A R/A

Describe:

- How frequently would you say that such a problem has occurred?

1. Only once 2. A few times 3. Monthly 4. Weekly

Explain:

- Do you ever feel that you are being deprived of things that you need? (For example: household goods, food, going to doctors, dentures etc.)

Yes No N/A R/A

If "Yes", describe:

- Has this person ever behaved in a way that upset you? Yes No N/A R/A

- Have there ever been disagreements between you and that person?

Yes No N/A R/A

- Has this person ever handled you roughly? Yes No N/A R/A

- Do you have the food you want? Yes No N/A R/A

The quality? Yes No N/A R/A

The quantity? Yes No N/A R/A

- Has there ever been a day or longer when you did not have sufficient food?

Yes No N/A R/A

• Does the person ever refuse to take you shopping? Yes No N/A R/A

• Are you ever made to feel like you are worthless or a burden?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

• Are you ever reluctant or afraid to ask for things that you want or need?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

22. Do you have any concerns either in:

1. Feeling secure that help will always be available Yes No N/A R/A

2. Quality of the care that you receive Yes No N/A R/A

3. Feeling indebted to the person providing the care Yes No N/A R/A

4. Other

Explain:

23. Before you needed any help, were there ever problems in your relationship with any of your caregivers?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

24. Does any caregiver have any specific health problem or emotional problem (include illness, handicap, alcohol or drug or gambling addiction, or mental illness?)

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

If "Yes", describe the impact that it has had on you:

SECTION 4. PHYSICAL AND MENTAL HEALTH STATUS

25. Do you take any medication? Yes No N/A R/A

26. Do you know what each medication you are taking is for? Yes No N/A R/A

27. In the last 12 months has your consumption of medication increased?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

28. Do you consume alcohol? Yes No N/A R/A

29. In the last 12 months, has your consumption of alcohol increased?

Yes No N/A R/A

30. In the last 12 months have you felt increasingly sad or depressed?

Yes No N/A R/A

If "Yes" explain:

31. In the past 12 months, have you consulted or been referred to a psychologist, social worker, psychiatrist or any other type of therapist?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

SECTION 5. LIVING WITH A CARE-RECEIVER

32. Do you live with anyone who is dependent on you?

Yes No N/A R/A

If "No" go to question 34.

If "Yes" what is your relationship to that person? _____

Do you give any of the following types of assistance to the care-receiver?

- Bathing Yes No N/A R/A
- Dressing Yes No N/A R/A
- Toileting Yes No N/A R/A
- Medication administration Yes No N/A R/A
- Housekeeping Yes No N/A R/A
- Meal preparation Yes No N/A R/A
- Eating Yes No N/A R/A
- Shopping Yes No N/A R/A
- Transportation Yes No N/A R/A
- Mobility Yes No N/A R/A
- Other (Describe): _____
- If "Yes" on any of the above, are there any problems between you and that person?

Explain: _____

33. Does that person ever threaten or get aggressive with you (whether it is intentional or not)?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

SECTION 6. FAMILY AND SOCIAL ACTIVITIES

34. Are you involved in social activities? Yes No N/A R/A

If "No", explain:

- Do you feel that you have enough contact with the children, relatives, friends, neighbors, etc...?

If "No", explain:

- Are you involved in family activities as frequently as you would like to be?

Yes No N/A R/A

- Are you involved in social activities as frequently as you would like to be?

Yes No N/A R/A

If "No", explain:

If not, what prevents you?

- Health
- No one to take me
- Not enough availability of the activities that I would like to participate in
- Too expensive
- Other

Explain:

- Has anyone close to you ever prevented you from participating in social activities?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

SECTION 7A. FINANCIAL DEPENDENCY OF THE SUBJECT

35. What is your perception of your financial situation?

1. Financially self-sufficient
2. Partly self-sufficient
3. Total financial dependence
4. Unknown

Explain:

36. Are your finances managed by:

1. Self
2. With some assistance
3. Entirely by others
4. Unknown

37. If "Yes" to number 36.2 or 36.3 above, what is your relationship to that person?

1. Spouse / common law partner
2. Child(ren) How many assisting/managing finances? _____
3. Grandchild(ren) How many assisting/managing finances? _____
4. Niece / nephew How many assisting/managing finances? _____
5. Friend How many assisting/managing finances? _____?
6. Other: _____

- Who is responsible for paying the rent (mortgage or property taxes)?

- Have there ever been any problems between you and the person managing the finances?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

38. Does anyone have banking power of attorney? Yes No N/A R/A

If "Yes", have there ever been any problems with this person?

39. Does anyone have total power of attorney? (*notarized*)? Yes No N/A R/A

If "Yes", have there ever been any problems with this person?

40. Have you ever signed any documents that you felt you were forced to sign?

Yes No N/A R/A

If "Yes", what was your relationship to that person who forced you?

What was the outcome of this event?

41. Ask these questions to subjects who have assistance with managing their finances or have their finances managed by someone else (include those who have given power of attorney):

- Are you informed about all financial transactions?

Yes No N/A R/A

If "No", is this a problem for you? Yes No N/A R/A

- Have you ever had concerns or suspected that your money was not being managed as you would want?

Yes No N/A R/A

- Has this been a problem within the last 12 months?

Yes No N/A R/A

- Are your bank balances what you think that they should be?

Yes No N/A R/A

If "No", is this a problem that has occurred within the last 12 months?

Yes No N/A R/A

- Has your money ever been used without your consent?

Yes No N/A R/A

If "Yes", has this been a problem within the last 12 months?

Yes No N/A R/A

- Are all your bills being paid regularly?

Yes No N/A R/A

If "No", has this been a problem within the last 12 months?

Yes No N/A R/A

- If any problem has been identified in any of the above questions, what would you say is the frequency of this type of situation within the last 12 months?

1. Only once 2. A few times 3. Monthly 4. Weekly

Explain problems mentioned:

42. In general, do you ever feel that anyone is after your money?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

SECTION 7B. FINANCIAL DEPENDENCY OF SOMEONE ON THE SUBJECT

43. In the past 12 months, has anyone depend on you for money?

Yes No Sometimes N/A R/A

If "No", go to question 49.

If "Yes", who?

- Spouse / common law / partner
- Son(s)
- Daughter(s)
- Grandchild(ren)
- Niece(s)
- Nephew(s)
- Other: _____
- Does one of the above also manage your finances?

Yes No N/A R/A

If "Yes", who? _____

44. Does that person live with you? Yes No Sometimes N/A R/A

45. To what degree is that person dependent on you financially?

1. Totally
 2. Partially
 3. Episodically
- Is this? Permanent Temporary

Explain: (For example: presently unemployed, inadequate revenue, disability, other):

46. Does this person have any physical or mental health problem (Include illness, handicap, alcohol, gambling or drug addiction, or mental illness?)

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

47. Has there ever been a problem regarding finances between you and that person?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

48. Has this person ever mistreated you whether it was intentional or not?

Yes No N/A R/A

If "Yes", explain:

• Is that problem still going on? Yes No N/A R/A

Explain:

SECTION 8. SUMMARY QUESTIONS TO ASK THE SUBJECT

Interviewer states: ("We are coming near the end of our questions and we just want to go over a few more issue")

49. Has there ever been a time when you have felt scared or threatened by any one close to you?

1. No

2. Yes, already mentioned

3. Yes, not mentioned,
explain: _____

4. If "Yes" to question 49.3, has this been going on within the last 12 months?

Yes No N/A R/A

If "No" to question 49.4, then when did this occur? _____

50. Do you believe that any one you know mistreats you in any way, whether it was intentional or not?

1. No (*go to question 51*)

2. Yes, already mentioned

3. Yes, not mentioned,
explain: _____

4. If yes to question 50.3, has this been going on within the last 12 months?

Yes No N/A R/A

If "No" to question 50.4, then when did this occur? _____

51. Do you ever feel that anyone close to you is harming you emotionally, physically (such as hitting you or handling you roughly), sexually, financially or neglecting any of your daily needs - whether they are aware of it or not?

1. No (*go to question 52*)

2. Yes already mentioned

3. Yes, not mentioned, explain: _____

4. If "Yes" to question 51.3, has this been going on within the last 12 months?

Yes No N/A R/A

If "No" to question 51.4, then when did this occur? _____

52. In general, are you satisfied with your relationship with the people that are close to you?

Yes No N/A R/A

53. Is there anything that you would like to add that has not been mentioned before?

Yes No N/A R/A

If "Yes" describe:

SECTION 9. QUESTIONS FOR THE EVALUATOR

54. Were you able to interview the subject alone? Yes No N/A

If "No", who was present and why?

55. Do you believe that the subject was being open and honest with you during the evaluation?

Yes No N/A

If "No", explain:

56. Was the subject able to fully participate in the interview?

Yes No N/A

If "No", explain (For example: difficulty understanding, hard of hearing, not cooperative etc):

57. During the interview, did you observe any of the following affective states in the subject? Check all that apply:

- Aggression
- Anxiety
- Shame
- Depression
- Fear
- Hopelessness
- Anger
- Sadness
- Other: _____

Comment:

58. Did you observe any signs of abuse, neglect or mistreatment? (For example: subject being poorly kept, house in disorder, no food, smell of urine, any visible and unexplained bruising or other)

Yes No N/A

If "Yes", explain:

59. Do you believe that this subject is being abused?

1. Yes
2. No
3. Don't know

Explain your response:

60. If the answer to question 59 was "Yes", did the subject:

- State specifically that he/she was being abused?
- Used words to describe the abuse?

Explain:

61. On a visual analogue scale, how confident are you in finding of:

Psychological abuse

Unlikely 0 ----- 1 Likely

Neglect

Unlikely 0 ----- 1 Likely

Physical abuse

Unlikely 0 ----- 1 Likely

Financial abuse

Unlikely 0 ----- 1 Likely

62. On a visual analogue scale, how confident are you in your overall assessment?

Unconfident 0 -----
1 Confident

63. What were the signs and symptoms that you observed of psychological abuse, neglect (active or passive) physical abuse or financial abuse?

If applicable, explain:

Psychological:

Neglect:

Physical:

Financial:

64. Has the subject been able to confirm if they were: N/A

Physically or sexually abused Yes No Unknown

Explain: _____

Psychologically abused Yes No Unknown

Explain: _____

Neglected Yes No Unknown

Explain: _____

Financially abused or exploited Yes No Unknown

Explain: _____

65. Is the subject in any immediate danger? Yes No N/A

66. Does the subject need or want to be referred for any help?

Yes No N/A

67. Additional comments:

Signature of Evaluator: _____

Date written evaluation completed (yy/mm/dd): _____

Duration of interview (hr: min): _____

iv) FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Formulario de Evaluación

Paciente número _____ Evaluador: _____

Lugar de la entrevista: Domicilio Otro: _____

Fecha de recepción de la derivación (aa/mm/dd): _____

Fecha de la primera visita (aa/mm/dd): _____

Fecha de la segunda visita (si es necesaria) (aa/mm/dd): _____

Paciente excluido del estudio: Sí No

Fecha en que fue excluido (aa/mm/dd): _____

Razones por las que fue excluido del estudio: _____

SECCIÓN 1. HISTORIA SOCIAL: (ocupación, matrimonio, divorcio, pena, desgracia o acontecimiento negativo, educación, inmigración, traslados, otros acontecimientos importantes).

En esta sección, sugiera al paciente que le cuente su historia personal. Durante el proceso, reúna información sobre lo que antecede y vaya reflejándola más abajo:

1. Sexo: H(ombre) o M(ujer)

2. Edad: _____

3. Idioma usado durante la entrevista: I (inglés) o F (Francés) (adaptar a las lenguas posibles de cada país):

4. Situación ocupacional (trace un círculo alrededor de lo que proceda)

1. Jubilado ¿Tipo de trabajo desempeñado? _____

2. Desempleado ¿En qué trabajaba cuando le despidieron? _____

3. Incapaz de trabajar por razones médicas

4. Empleado a tiempo completo como: _____

5. Empleado a tiempo parcial como: _____

6. Tareas domésticas

7. Otro: _____

5. Vivienda

1. Casa / apartamento

2. Vivienda de bajo costo / habitación de alquiler moderado

3. Vivienda pública / residencia de larga duración

4. Viviendas tuteladas

• Con servicios

• Sin servicios

5. Otra (especifíquese):

• ¿Existen dificultades o problemas específicos identificados por el paciente con respecto a las condiciones de la vivienda (salubridad, espacio, seguridad, satisfacción...)?

• Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

6. País de nacimiento: Canadá (poner país de aplicación) Otro: _____

Si procede, ¿está usted bajo patrocinio en este momento? o ¿Está recibiendo alguna ayuda económica/subsidio?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con el patrocinador? o ¿Cuál es la relación con la institución/organismo que le proporciona esa ayuda? _____

Si el paciente es originario de otro país, pregúntele acerca de acontecimientos concretos que puedan haber influido en su venida a este país (por ejemplo, holocausto, guerra, etc.):

7. Estado civil

- 1. Casado/a
- 2. Viudo/a
- 3. Separado/a o divorciado/a
- 4. Soltero/a
- 5. Pareja de hecho/Convivencia A) Pareja de diferente sexo
B) Pareja del mismo sexo
- 6. Relación estable

8. Formas de convivencia

Marque todo lo que proceda:

- 1. Sólo
- 2. Con el cónyuge
- 3. Con la pareja de hecho
- 4. Con un compañero de habitación
- 5. Con hijo(s) ¿Cuántos? _____
- 6. Con nieto(s) ¿Cuántos? _____
- 7. Con otros familiares: _____
- 8. Con un cuidador pagado
- 9. Otra forma: _____

• ¿Cuánto tiempo ha permanecido en la forma de convivencia actual? _____

• ¿Esta situación supone un problema (por ejemplo: problemas familiares, necesidad de mayor cantidad de ayuda, otros)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

9. Describa los acontecimientos más importantes (o sucesos vitales) vividos en los últimos 12 meses (*trace un círculo alrededor de todo lo que proceda*)

1. Ninguno.
2. Fallecimiento.
3. Divorcio (propio o en la familia) / separación de la pareja.
4. Deterioro físico del paciente o de la persona con quien convive.
5. Cambio en la situación financiera.
6. Hijos o nietos que se trasladan o se marchan de casa.
7. Trasladarse o marcharse de la casa de un hijo o de otro familiar.
8. Otro (especifíquese): _____

Explicación: _____

SECCIÓN 2. DINÁMICA FAMILIAR

RELACIÓN CON EL CÓNYUGE / LA PAREJA

10. En el caso de que esté casado, ¿es este el primer matrimonio? (Aplique la misma pregunta en el caso de tener pareja de hecho o relación estable)

1. Sí ¿Cuánto tiempo lleva en esa situación? _____
2. No ¿Cuánto tiempo hace que tiene la relación actual? _____
3. No aplicable (Vaya a la pregunta 12)
4. Resistencia a responder

11. La mayoría de las parejas reconocen que, de vez en cuando, surgen problemas en su relación. ¿Con qué frecuencia estima que se producen estos problemas en la suya, independientemente del problema y utilizando la siguiente escala?:

1. Nunca
2. Ocasionales/esporádico
3. Frecuentes/A menudo
4. Muy frecuentes

Explicación:

• ¿Su cónyuge o su pareja tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

- Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

Si procede, investigue las siguientes preguntas:

- ¿Cómo influyen estos problemas en su relación?

- Si hay problemas en la relación, ¿desde cuándo vienen ocurriendo?

- ¿Diría que usted está siendo maltratado en esta relación?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

¿Hay algún factor precipitante?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

- ¿Han empeorado las cosas en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

RELACIÓN CON LOS HIJOS

12. ¿Tiene algún hijo? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 14.

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos hijos tiene?: _____

Investigue la relación entre el paciente y el hijo o los hijos. Si hay problemas, ¿con quién?

Haga una lista de las relaciones:

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Descripción de los problemas:

13. ¿Alguno de los hijos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente? Sí No No aplicable Resistencia a responder

RELACIÓN CON LOS NIETOS

14. ¿Tiene nietos? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 16.

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos nietos tiene? _____

Investigue la relación entre el paciente y el nieto o los nietos. Si hay problemas, ¿con quién?

Haga una lista de las relaciones:

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Descripción de los problemas:

15. ¿Alguno de los nietos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente? Sí No No aplicable Resistencia a responder

OTRAS RELACIONES ESTABLES

16. ¿Tiene otras relaciones estables? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 18.

Investigue la relación entre el paciente y cualquier otra persona significativa para ella. Si hay problemas, ¿con quién?

Haga una lista de las relaciones:

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____

Descripción de los problemas:

17. ¿Esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente? Sí No No aplicable Resistencia a responder

RELACIÓN CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

18. ¿Hay algún otro miembro de la familia con quien haya tenido problemas en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿Qué problemas ha tenido? ¿Con quién se han producido y con qué frecuencia?

19. ¿Algún otro miembro de la familia tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

¿Esta persona vive con el paciente?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

SECCIÓN 3. PREGUNTAS ACERCA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Preguntar si tiene alguna enfermedad

GRADO DE DEPENDENCIA

20. El paciente es:

- 1. Independiente en todas las actividades de la vida diaria *Vaya a la pregunta 25*
- 2. Independiente en algunas actividades de la vida diaria
- 3. Completamente dependiente
- 4. (Si es aplicable) ¿Cuántas personas le proporcionan ayuda? _____

Haga una lista de las relaciones:

- A: _____
- B: _____
- C: _____
- D: _____

En esta Sección, use las categorías enumeradas anteriormente y a continuación para ayudarlo a completar la tabla. Los pacientes pueden tener diferentes cuidadores para diferentes tareas.

- 1. Sin ayuda.
- 2. Con la ayuda de otros.
- 3. Completamente dependiente de otros.
- 4. Actividad no realizada.

Actividad	Grado de ayuda (de 1 a 4)	Para cada ítem, indique si la situación es Temporal o Permanente	¿Quién lleva a cabo la actividad) (véanse de A a D, anteriores)	¿Vive el paciente con el cuidador?
Bañarse				
Administración de medicamentos				
Tareas domésticas				
Preparación de la comida				
Comer				
Ir a comprar				
Transporte				
Movilidad				
Otra				

21. *Pregunte directamente al paciente acerca del tipo de cuidados que recibe y la relación con la persona que le ayuda:*

- ¿Ha habido algún problema con el tipo de cuidados que ha recibido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

Descripción:

- ¿Con qué frecuencia diría que se han producido tales problemas?

1. Una sola vez 2. Algunas veces 3. Mensualmente 4. Semanalmente

Explicación:

- ¿Cree que en alguna ocasión se le ha privado de cosas que necesitaba? (Por ejemplo, equipamiento de la casa, alimentos, visitas al médico, dentadura postiza, etc.)

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la descripción:

- ¿Alguna vez se ha comportado esa persona con usted de alguna forma que le haya molestado?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Se han producido discusiones entre usted y esa persona?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Le ha tratado alguna vez de forma brusca esa persona?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Dispone de la comida que quiere? Sí No No aplicable Resistencia a responder

Respecto a calidad de comida Sí No No aplicable Resistencia a responder

Respecto a cantidad de comida Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Ha ocurrido alguna vez que durante un día, o más, no haya tenido comida suficiente?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Se ha negado alguna vez esa persona a llevarle de compras?
Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o que no valía para nada o como si fuera una carga?
Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

- A la hora de pedir cosas que quiere o necesita, ¿se muestra reacio a pedirlo o tiene temor de hacerlo?
Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

22. ¿Tiene alguna preocupación con respecto a

1. estar seguro de que siempre tendrá ayuda disponible?
Sí No No aplicable Resistencia a responder
2. la calidad de los cuidados que recibe?
Sí No No aplicable Resistencia a responder
3. sentirse en deuda con la persona que le proporciona los cuidados?
Sí No No aplicable Resistencia a responder
4. ¿Alguna otra cosa?

Explicación:

23. Antes de necesitar algún tipo de ayuda, ¿ha habido problemas en su relación con alguno de sus cuidadores?

- Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

24. ¿Alguno de los cuidadores tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que ha tenido sobre el paciente:

SECCIÓN 4. ESTADO FÍSICO Y MENTAL

25. ¿Toma algún medicamento? Sí No No aplicable Resistencia a responder

26. ¿Sabe para qué toma cada medicamento? Sí No No aplicable Resistencia a responder

27. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de medicamentos?

 Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

28. ¿Consume alcohol? Sí No No aplicable Resistencia a responder

29. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de alcohol?

 Sí No No aplicable Resistencia a responder

30. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido cada vez más triste o deprimido?

 Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

31. En los últimos 12 meses, ¿ha consultado o ha sido derivado a un psicólogo, a un trabajador social, a un psiquiatra o a cualquier otro tipo de terapeuta?

 Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 5. VIVIR CON UNA PERSONA A LA QUE TIENE QUE CUIDAR

32. ¿Vive con alguien que dependa de usted?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 34.

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con esta persona?: _____

¿Qué tipo de ayuda le proporciona usted a esta persona?

- Baño Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Vestido Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Aseo Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Administración de la medicación Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Tareas domésticas Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Preparación de comida Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Comer Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Comprar Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Transporte Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Movilidad Sí No No aplicable Resistencia a responder
- Otra (describase): _____
- En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones anteriores, ¿existe algún problema entre usted y esta persona?

Explicación: _____

33. ¿Alguna vez le ha amenazado esta persona o se ha mostrado agresiva con usted? (de forma intencional o no intencional)

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 6. FAMILIA Y ACTIVIDADES SOCIALES

34. ¿Participa en actividades sociales? Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

- ¿Cree que tiene suficiente contacto con sus hijos, familiares, amigos, vecinos, etc.?

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

- ¿Participa en actividades familiares con tanta frecuencia como le gustaría?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Participa en actividades sociales con tanta frecuencia como le gustaría?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

En caso de respuesta negativa, ¿qué se lo impide?

- La salud
- No hay nadie que le lleve
- Accesibilidad insuficiente a las actividades en las que me gustaría participar
- Es demasiado caro
- Otras

Explicación:

- ¿Alguna vez alguien cercano a usted le ha impedido participar en actividades sociales?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 7A. DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL PACIENTE

35. ¿Cómo cree que es su situación económica?

1. Económicamente autosuficiente
2. Parcialmente autosuficiente
3. Total dependencia económica
4. La desconozco

Explicación:

36. ¿Quién administra sus recursos económicos?

1. Yo mismo
2. Tengo alguna ayuda
3. Otros
4. Lo desconozco

37. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 36.2 ó 36.3, ¿cuál es su relación con esa persona?

1. Cónyuge / pareja de hecho
2. Hijo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?: _____
3. Nieto(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?: _____
4. Sobrina / sobrino ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?: _____
5. Amigo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos?: _____
6. Otra persona _____

- ¿Quién es el responsable de pagar el alquiler (hipoteca o impuestos sobre bienes inmuebles)?:

- ¿Alguna vez ha existido algún problema entre usted y la persona que administra sus recursos económicos?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

38. ¿Alguna persona tiene un poder notarial bancario?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

39. ¿Alguna persona tiene un poder notarial total?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

40. ¿Alguna vez ha firmado documentos y ha sentido que le estaban obligando a firmarlo?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál fue su relación con la persona que le obligó a firmar?

¿Cuáles fueron las consecuencias de este hecho?

41. Formule estas preguntas a los pacientes que reciben ayuda para administrar sus recursos económicos o cuyos recursos han sido administrados por otra persona (incluidos quienes han concedido poderes notariales):

- ¿Está informado de todas sus transacciones financieras?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, ¿esto supone un problema para usted?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Alguna vez se ha preocupado o ha sospechado de que su dinero no estaba siendo administrado como usted quería?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- ¿Cree que su saldo bancario es tal y como debería ser?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, ¿este problema se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- **¿Alguna vez han utilizado su dinero sin su consentimiento?**

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- **¿Se pagan regularmente todas sus facturas?**

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

- **Si se ha identificado algún problema en cualquiera de las preguntas precedentes, ¿con qué frecuencia se han producido este tipo de situaciones en los últimos 12 meses?**

1. Una sola vez 2. Algunas veces 3. Mensualmente 4. Semanalmente

Explicación de los problemas mencionados:

42. En general, ¿cree que alguien anda detrás de su dinero?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

SECCIÓN 7B. DEPENDENCIA ECONÓMICA DE ALGUIEN SOBRE EL PACIENTE

43. En los últimos 12 meses, ¿ha dependido alguna persona de su dinero?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 49.

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién?:

- Cónyuge / pareja de hecho
- Hijo(s)
- Hija(s)
- Nieto(s)
- Sobrina(s)
- Sobrino(s)
- Otra persona: _____
- ¿Alguna de las personas anteriores administra también sus recursos económicos?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién?: _____

44. ¿Vive esa persona con usted? Sí No A veces No aplicable Resistencia a responder

45. ¿Hasta qué punto esa persona depende de usted económicamente?

1. Totalmente
2. Parcialmente
3. Ocasionalmente

¿Esta situación es? permanente? temporal?

Explicación (por ejemplo: actualmente en situación de desempleo, ingresos insuficientes, discapacidad, otro motivo):

46. ¿Esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, dependencia –del alcohol, de la droga o del juego– o enfermedad mental)?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

47. ¿Alguna vez ha existido algún problema con respecto a los recursos económicos entre usted y esa persona?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

48. ¿Esta persona le ha maltratado alguna vez, de forma intencional o no intencional?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

• ¿Persiste todavía este problema?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

Explicación:

SECCIÓN 8. RESUMEN DE LAS PREGUNTAS FORMULADAS AL PACIENTE

El entrevistador indica: "Estamos a punto de acabar las preguntas y quisiéramos repasar algunas cuestiones más"

49. ¿Ha habido momentos en los que se haya sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana a usted?

- 1. No
- 2. Sí, ya mencionado
- 3. Sí, no mencionado; explicar:

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 49.3, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 49.4, ¿cuándo ocurrió?:

50. ¿Cree que alguien a quien usted conoce le maltrata de alguna forma, ya sea de forma intencionada o no?

- 1. No (vaya a la pregunta 51)
- 2. Sí, ya mencionado
- 3. Sí, no mencionado; explicar:

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 50.3, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 50.4, ¿cuándo ocurrió?:

51. ¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no intencional?

- 1. No (vaya a la pregunta 52)
- 2. Sí, ya mencionado
- 3. Sí, no mencionado; explicar: _____

4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 51.3, ¿esto ha sucedido durante los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 51.4, ¿cuándo ocurrió?:

52. En general, ¿está satisfecho con la relación que mantiene con las personas que están cerca de usted?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

53. ¿Hay algo que le gustaría añadir que no haya sido mencionado antes?

Sí No No aplicable Resistencia a responder

Si la respuesta es "sí", incluya una descripción:

SECCIÓN 9. PREGUNTAS PARA EL EVALUADOR

54. ¿Le fue posible entrevistar al paciente en privado? Sí No No aplicable

En caso de respuesta negativa, ¿quién estaba presente y por qué?:

55. ¿Cree que el paciente se ha mostrado abierto y sincero con usted durante la evaluación?

Sí No No aplicable

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación:

56. ¿El paciente fue capaz de participar plenamente en la entrevista?

Sí No No aplicable

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación (dificultad de entendimiento, problemas auditivos, falta de cooperación, etc.):

57. Durante la entrevista, ¿observó en el paciente alguno de los siguientes estados afectivos? Marque todos los que proceda:

- Agresividad
- Ansiedad
- Vergüenza
- Depresión
- Miedo
- Importancia
- Ira
- Tristeza
- Otros: _____

Comentario:

58. ¿Observó algún signo de abuso, negligencia o maltrato? (Por ejemplo, que estuviese mal atendido, casa desordenada, falta de alimentos, olor a orina, algún moratón visible e inexplicable u otro signo)

Sí No No aplicable

En caso de respuesta afirmativa, incluya la explicación:

59. ¿Cree que este paciente está siendo maltratado?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No lo sé

Explique su respuesta:

60. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 59, ¿el paciente

- declaró específicamente que había sido maltratado?
- utilizó palabras para describir el maltrato?

Explicación:

61. En una escala analógica visual, ¿hasta qué punto está seguro de haber encontrado maltrato psicológico

No probable 0 ----- 1 Probable

negligencia?

No probable 0 ----- 1 Probable

maltrato físico?

No probable 0 ----- 1 Probable

abuso financiero?

No probable 0 ----- 1 Probable

62. En una escala analógica visual, ¿hasta qué punto está seguro de su evaluación global?

Inseguro 0 ----- 1 Seguro

63. ¿Qué signos y síntomas de maltrato psicológico, físico, económico, negligencia (activa o pasiva) observó?

En caso de ser aplicable, incluya la explicación:

Maltrato psicológico:

Negligencia:

Maltrato físico:

Abuso económico:

64. ¿El paciente ha sido capaz de confirmar si fue física o sexualmente maltratado?

Sí No Lo desconozco

Firma del evaluador: _____

Fecha de finalización de la evaluación escrita (aa/mm/dd): _____

Duración de la entrevista (horas, minutos): _____

COLECCIÓN DOCUMENTOS

Serie Documentos Técnicos

- 21001. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones.
- 21002. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones. CDROM.
- 21003. La evolución de los programas intergeneracionales.
- 21004. La evolución de los programas intergeneracionales. CDROM.
- 21005. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave.
- 21006. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. CDROM.
- 21007. Modelo de atención a las personas con daño cerebral.
- 21008. Modelo de atención a las personas con daño cerebral. CDROM.
- 21009. Calidad y dependencia.
- 21010. Calidad y dependencia. CDROM.
- 21011. Modelos de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.
- 21012. Malos tratos a personas mayores y personas en situación de dependencia.
- 21013. 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.



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMSERSO