

El maltrato a las personas mayores: Definición, factores de riesgo y estrategias de intervención

Carmen Touza Garma *

Equipo de Intervención Socioeducativa

(Área de Gerontología) de la E. U. Cardenal Cisneros **

RESUMEN

El maltrato a las personas mayores es un problema del que hasta ahora nos hemos preocupado muy poco en España. No disponemos de investigaciones que nos indiquen la gravedad de este problema y lo más preocupante es que no hemos diseñado intervenciones específicas que prevengan estas situaciones.

En la primera parte de este artículo se revisan las definiciones del maltrato a las personas mayores y los indicadores de detección de los diferentes tipos de abusos. A continuación abordamos las explicaciones que se han dado para comprender por qué se produce el maltrato. Finaliza con una propuesta de cuál puede ser el papel del educador social en este campo.

1. Introducción

En España nos hemos ocupado muy poco del maltrato a las personas mayores aun cuando éste es un problema reconocido y estudiado en los países de nuestro entorno.

Respecto al estatuto jurídico de las personas mayores, actualmente no existe ningún tipo de normativa específica en la legislación penal sobre el maltrato que sufre este colectivo. Es en la Ley de Atención y Protección de las Personas Mayores elaborada por la Junta de Andalucía donde nos encontramos una referencia expresa a la obligatoriedad de los ciudadanos, profesionales e instituciones de comunicar las posibles situaciones de maltrato²

Igualmente nos encontramos con que los estudios realizados en España sobre este tema son muy escasos³. En ellos podemos comprobar que la preva-

lencia del maltrato en España, entre un 3 y un 4% (Caballero y Remolar 2000, Sardinas y otros 1999), es similar a la de los países anglosajones⁴

No contamos con investigaciones españolas sobre maltrato institucional pero las negligencias y abusos detectados en las Residencias de Personas Mayores nos muestran la necesidad de estudiar estas situaciones y, sobre todo, cómo poder prevenirlas dando las herramientas necesarias a las personas mayores, sus familiares y a la comunidad.

Consideramos que es importante destacar que, para intervenir sobre el maltrato en la vejez, no sería adecuado intentar aplicar los conocimientos, instrumentos y procedimientos diseñados para intervenir en las situaciones de maltrato familiar contra los menores o a las mujeres.

Al comparar el maltrato a los mayores con el maltrato a los menores, nos encontramos que, aunque pueden tener puntos en común (rechazo social a estos comportamientos, se suponen protegidos por el “amor de la familia”, la transmisión intergeneracional de los comportamientos violentos se convierte en un factor de riesgo...), igualarlos nos llevaría a cometer errores muy serios en: 1) La planificación de cómo detectarlos (Ej.: el abuso financiero tiene una incidencia en los menores muy escasa; los profesionales en contacto con los dos colectivos son diferentes). 2) A la hora de explicar por qué se producen (Ej.: los cuidadores maltratados en muchas ocasiones son dependientes económica y emocionalmente de la persona mayor, aspecto que no se producen en los menores). 3) A la hora de pensar cómo intervenir (Ej.: sería un grave error infantilizar a la persona mayor y no reconocer su “poder” para hacer frente a la situación que está viviendo con los recursos de los que dispone, personales, económicos, legales...).

Otro posible planteamiento sería abordar el maltrato a las personas mayores partiendo de lo que conocemos sobre el maltrato doméstico a la mujer. Aunque en este caso nos encontramos con mayores semejanzas (ambos colectivos se ven influidos por las actitudes negativas hacia ellos, ambos colectivos son vistos con posibilidades para hacerse con los recursos necesarios para salir de estas situaciones), consideramos que nos llevaría igualmente a errores en la detección, explicación e intervención.

Este artículo pretende hacer una reflexión sobre si realmente conocemos lo que es el maltrato a las personas mayores, los indicadores que nos permiten detectarlo y las explicaciones que se han dado sobre por qué se produce. Para finalizar planteamos una propuesta de las actuaciones en las que el educador social podría participar.

2. ¿Sabemos de qué hablamos cuando utilizamos el término maltrato a las personas mayores?

Aunque en estos últimos años se ha avanzado a la hora de alcanzar un consenso en las definiciones del maltrato a las personas mayores, consideramos

que esta información es aún muy desconocida por los profesionales que trabajan con la tercera edad en España y por la población en general.

Legalmente podemos definir el maltrato como “las acciones u omisiones normalmente constitutivas de delito o falta que tienen como víctima a la persona mayor, que se ejercen comúnmente de forma reiterada y basadas en el hecho relacional, bien sea familiar o de otro tipo”. (Martínez Maroto 2000)

Para trabajar en el campo de la intervención psicosocial necesitamos definiciones más concretas, que faciliten la prevención, detección, intervención e investigación.

Se diferencian tres categorías básicas de maltrato: malos tratos domésticos (*domestic elder abuse*), maltrato institucional (*institutional elder abuse*) y autonegligencia (*self-neglect or self-abuse*)

Las definiciones que a continuación se presentan son las utilizadas por “The National Study of the Incidence of Elder Abuse in the US” (1998) (ver www.aoa.ahns.gov/abuse/report/).

a) Los malos tratos domésticos

Los malos tratos domésticos se definen como cualquier forma de maltrato hacia una persona mayor ejercido por alguien que tiene un lazo especial con ella (ej. el esposo, un hermano, un niño, un amigo o un cuidador en propio hogar de la persona mayor o en el hogar del cuidador).

Dentro del maltrato doméstico nos encontramos con diferentes categorías:

1. **El maltrato o abuso físico** se define como el uso de la fuerza física que puede dar lugar a una lesión corporal, a dolor físico o a la pérdida de alguna función. El abuso físico puede incluir, aunque no está limitado a ellos, actos de violencia como golpear (con o sin un objeto), empujar, dar patadas, pellizcar y quemar. La administración injustificable de drogas y de restricciones físicas, la alimentación forzada y el castigo físico de cualquier clase también son ejemplos del abuso físico.

Tabla 1: Indicadores de maltrato físico
Indicadores de Maltrato físico (Glendenning, 2000)

Hematomas y contusiones sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> a) En la cara, los labios y boca, en la espalda, torso, nalgas y muslos b) Señales de mordiscos humanos en diferentes estados de curación c) Agrupación de señales, por ejemplo, formando patrones repetidos d) Huellas de formas de los objetos utilizados para infringir daños
---	---

	e) Diferentes zonas afectadas por señales
	f) Pauta repetida de aparición tras las ausencias de fines de semana o vacaciones
Quemaduras sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> a) Quemaduras de cigarrillos o puros, especialmente en las plantas de los pies, las palmas de las manos, la espalda o las nalgas b) Quemaduras por inmersión (en forma de guante o de calcetín, de aro, en las nalgas o los genitales) c) Señales reconocibles de fogones eléctricos, planchas... d) Quemaduras o señales de cuerdas en brazos, piernas, cuello o espalda.
Fracturas sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> a) Craneales, nasales, en la oreja, en la estructura facial b) En distintas etapas de curación c) Fracturas múltiples o en espiral
Laceraciones o abrasiones sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> a) En la boca, labios, encía, ojos, orejas. b) En los genitales externos
Pérdidas de cabellos sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> a) Hemorragias en el cuello cabelludo b) Posible arrancamiento del cabello, por uno mismo o por otra persona c) Posible evidencia de heridas internas graves en la cabeza.
Evidencia de lesiones antiguas:	<ul style="list-style-type: none"> a) Deformidades: cráneo, nariz, oreja, manos (reflejo de torsión) b) Contracturas resultantes de la inmovilización y demora en la petición de tratamiento c) Dislocación, dolor, molestia e hinchazón (la dislocación puede ser producida al levantarse al paciente de forma incorrecta.

2. **El abuso sexual** se define como cualquier contacto sexual no consentido con una persona mayor. El contacto sexual con cualquier persona incapaz de dar consentimiento también se considera abuso sexual. Incluye, pero no se limita a tocamientos indeseados, todos los tipos de asalto sexual (violación, sodomía, nudismo forzado) o fotografías con un contenido sexual expreso.

Tabla 2: Indicadores de abuso sexual
Indicadores de abuso sexual (Glendenning 2000)

1. Dificultad para andar o sentarse
2. Ropa interior rasgada o manchada de sangre
3. Dolor o picor en las zonas genitales
4. Contusiones o hemorragias en los genitales externos, en las áreas anal o vaginal
5. Rechazo sin explicaciones de cooperar en la higiene o examen físico de los genitales

3. **El abuso emocional o psicológico** se define como la aflicción de angustia, dolor emocional o pena producidos con actos verbales y no verbales. El abuso emocional o psicológico incluye, pero no se limita, a los insultos, las amenazas, la intimidación, la humillación y el hostigamiento verbal. Además, tratar a una persona mayor como a un niño, aislarla de la familia, de los amigos, o de actividades regulares; dar a la persona mayor un « tratamiento silencioso » y/o el aislamiento social, también son ejemplos del abuso emocional o psicológico.

Tabla 3: Indicadores de desatención emocional
Indicadores de desatención emocional (Glendenning,2000; Woolf,1998)

1. Hábitos disfuncionales (chupar, morderse, balancearse)
2. Conductas desordenadas (antisocial, autodestructiva o heterodestructiva)
3. Rasgos neuróticos (trastornos del sueño, del habla, inhibición del placer)
4. Reacciones psicóticas o neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría)
5. Pasividad, depresión, vergüenza, desesperación, pensamientos suicidas, desorientación,.
6. Temblar, evitar el contacto visual, hipervigilancia.

4. **La negligencia** se define como el rechazo o el incumplimiento a la hora de satisfacer cualquiera de las obligaciones o de los deberes de una persona con un anciano. Consiste en el rechazo o el incumplimiento a la hora de proveer a una persona mayor del alimento, el agua, la ropa, el abrigo, la higiene personal, la medicina, la comodidad y la seguridad personal. Algunos autores diferencian entre negligencia activa o por comisión, cuando existe un intento intencionado y consciente de infringir malestar emocional o físico al

anciano, y negligencia pasiva o por omisión, cuando no existe esa intencionalidad.

Tabla 4: Indicadores de negligencia física
Indicadores de negligencia física (Glendenning 2000)

1. Hambre constante, higiene deficiente, vestuario inapropiado, pérdida no explicable de peso, deshidratación..
2. Falta continuada de vigilancia, en especial a lo que actividades peligrosas se refiere, o a periodos de tiempo prolongados
3. Constante cansancio o desgana, confusión creciente o inexplicable
4. Problemas físicos o necesidades médicas desatendidas, incluyendo irritación por orina, llagas producidas por la postura.
5. Carencia o materiales auxiliares deficientes: gafas, dentaduras, aparatos auditivos, andadores y sillas de rueda.
6. Sobremedicación o medicación insuficiente
7. Abandono, inmovilidad, hipotermia como signo de un posible aislamiento.”

5. **Explotación financiera o material** se define como el uso ilegal o incorrecto de los fondos, de las propiedades o de los activos de un anciano. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan, a cobrar los cheques de una persona mayor sin autorización; robar su dinero o sus posesiones, forzarla o engañarla en la firma de cualquier documento...

Tabla 5: Indicadores de abuso financiero
Indicadores del abuso financiero .(McDaniel 1997) (Wolf 1998)

1. Control injustificado de las finanzas de otra persona
2. Falta de conocimiento en materia de finanzas
3. Rechazo a tomar decisiones o pagar facturas sin consultar a otra persona
4. Extractos de cuenta inusuales (retiros de dinero importantes en breves periodos de tiempo, cerrar cuentas y traspasar el dinero a otras...)
5. Elaboración de documentos para que firme la persona mayor pero sin que ella pueda explicar o entender el propósito de estos

6. La forma de vida de la persona mayor no se ajusta a su capacidad económica

Otros indicadores que nos deben de alertar de una posible situación de abuso son, según Woolf (1998), que a la persona mayor no se le deje hablar sin que esté el cuidador presente, que el cuidador manifieste altos niveles de indiferencia o de cólera hacia ella, la sobremedicación o sobredosificación.

b) Los malos tratos institucionales

Los malos tratos institucionales comenzaron a ser estudiados a finales de los años 70 y principios de los 80. El abuso institucional se refiere a cualquiera de las formas de abuso que se han descrito (maltrato físico, emocional, negligencia, abandono y explotación financiera y/o material) pero que ocurren en los servicios dirigidos a las personas mayores (residencias para personas mayores, centros de día, hospitales). Las personas que llevan a cabo este abuso institucional son generalmente aquellas que tienen una obligación legal o contractual de proveer el cuidado y la protección a las personas mayores.

McDaniel (1997) afirma que generalmente las víctimas del maltrato institucional son mujeres con una salud muy pobre, a menudo incapacitadas para decidir sobre su cuidado y generalmente aisladas de la familia y amigos por culpa de la distancia, el ritmo de vida u otros factores.

Kayser-Jones (citado en Phillipson 2000:105) ha agrupado las denuncias más frecuentes sobre abusos del personal de las instituciones en cuatro categorías:

- * **Infantilización:** tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable del que no se puede fiar.
- * **Despersonalización:** proporcionar servicios de acuerdo a unos criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.
- * **Deshumanización:** ya no sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad y de su capacidad para asumir responsabilidades en su propia vida.
- * **Victimización:** ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.

c) Autonegligencia

La autonegligencia se produce cuando los comportamientos de una persona mayor amenazan su propia salud o seguridad (no es capaz o no desea proporcionarse el alimento adecuado, el agua, la ropa, el abrigo, la higiene personal, la medicación cuando está indicado y las necesarias medidas de seguridad). La definición de autonegligencia excluye una situación en la cual una persona mayor mentalmente competente, que entiende las consecuencias

de sus decisiones, toma una decisión consciente y voluntaria para realizar actos que amenazan su salud o seguridad como cuestión de opción personal.

Tabla 6: Indicadores de autonegligencia
National committee for prevention of elder abuse
www.preventelderabuse.org/index.html)

1. Deshidratación, malnutrición, inadecuada atención médica o no atendida, pobre higiene personal
2. Vivienda en condiciones peligrosas (inadecuada instalación eléctrica, fontanería, ...)
3. Vivienda en condiciones higiénicas inadecuadas
4. No viste adecuadamente, falta de las ayudas médicas necesarias (gafas, dentaduras,...)
5. No tienen vivienda o tiene un alojamiento muy inadecuado

3. ¿Sabemos por qué se producen los abusos contra las personas mayores?

Aunque se han postulado diferentes teorías para intentar explicar por qué se llegan a producir situaciones de maltrato hacia las personas mayores, actualmente no podemos afirmar que reciban un apoyo empírico adecuado. Hasta el momento, consideramos que sólo podemos hablar de la detección de diferentes factores de riesgo, cuyo conocimiento puede facilitarnos la prevención de situaciones de maltrato.

1. Factores de riesgo para la aparición de situaciones de maltrato doméstico

- a) **Los problemas de salud mental del cuidador.** “Los abusos físicos y psicológicos guardan una mayor relación con problemas del responsable de los mismos que con la víctima” (Wolf 1994: 135). La mayoría de los estudios realizados (Collins, 1989; Pillmer, 1986; Horner and Gilleard, 1990; Anetzberger, 1994 y Hwalek, 1996) han encontrado una clara relación entre el abuso psicológico y físico y los problemas de salud mental y/o de abuso del alcohol del cuidador.
- b) **El consumo de drogas y alcohol.** Se ha comprobado que los problemas financieros del cuidador y el abuso del alcohol y/o las drogas parecen estar en la base de la mayoría de los abusos financieros (Wolf 1994: 135).
- c) **La dependencia de la persona mayor.** Existe una gran controversia sobre si la dependencia de la persona mayor es un factor de riesgo para el maltrato. Algunos autores (Wolf, 1994; Anetzberger, 2000; National

Committee for the prevention of elder abuse,1998) hipotetizan que la mayor dependencia de las personas mayores provoca un aumento del estrés en el cuidador que le llevaría a tener comportamientos abusivos y/o negligentes. Biggs (1995) afirma que la dependencia en la vejez y el estrés del cuidador no permiten discriminar entre grupos de personas maltratadas y no maltratadas.

- d) La transmisión intergeneracional de la violencia.** La transmisión intergeneracional ha sido definida como un factor de riesgo ya que se postula a que algunas familias utilizan más la violencia que otras debido a que es la forma en que han aprendido a solucionar las situaciones de conflicto.
- e) La dependencia económica y emocional del cuidador.** Los estudios muestran que, una parte importante de los cuidadores que abusan o mantienen comportamientos negligentes, dependen económica y emocionalmente de las personas a las que cuidan.

2. Factores de riesgo para la aparición del maltrato institucional.

Las investigaciones realizadas han encontrado distintos factores a la hora de favorecer la aparición de comportamientos negligentes o de malos tratos por parte de los profesionales. Siguiendo a McDaniel (1997) podemos destacar:

- a) La oferta y la demanda de plazas en residencias.** Actualmente la oferta es inferior a la demanda, por lo que las personas mayores se ven obligadas a aceptar plazas que no cumplen con la calidad que ellos desearían⁵.
- b) El mantenimiento de unas actitudes negativas hacia la vejez.** La “gerontofobia” puede potenciar el abuso en la medida en que favorece que valoremos menos a las personas mayores y por lo tanto seamos más transigentes con comportamientos que vulneran su dignidad y libertad . (Ej: tratarlas como a niños, limitar su libertad, no respetar su intimidad)
- c) La falta de comprensión del proceso de envejecimiento.** Uno de los factores que pueden favorecer la aparición de determinados comportamientos incluidos en el maltrato psicológico o comportamientos negligentes es el mantenimiento de las teorías del deterioro.

Es fundamental que todos los profesionales conozcan que “la investigación psicológica desarrollada a lo largo de los últimos años demuestra que la edad no significa una disminución o pérdida de competencia”. (Lehr 1994: 362)

McDaniel (1997) afirma que uno de los factores de riesgo es la falta de formación de los equipos directivos de las residencias.

- d) El desconocimiento sobre cómo deben de ser los servicios gerontológicos.** Este desconocimiento por parte de la persona mayor y

la familia a veces permite que se mantengan comportamientos negligentes.

- e) **La insatisfacción laboral de los profesionales que atienden a las personas mayores.** Este descontento (provocado por la sobrecarga de trabajo, falta de cualificación, falta de reconocimiento profesional, pocas posibilidades de promoción laboral) puede favorecer que el personal elabore unas actitudes negativas hacia aquellas personas con las que trabaja, tanto usuarios como compañeros de trabajo, lo que reduce las posibilidades de ofertar un servicio de calidad.
- f) **Las características de los residentes.** Muchas de las personas que sufren maltrato institucional están física y mentalmente incapacitadas y en muchas ocasiones al no ser regularmente visitados no cuentan con nadie que pueda observar los abusos y denunciarlos.

3. Factores de riesgo para la aparición de comportamientos autonegligentes.

Woolf (1998) establece los siguientes factores de riesgo asociados a los comportamientos autoregligentes en las personas mayores:

- a) **El mantenimiento de comportamientos autonegligentes en otras épocas de la vida, de forma periódica o continuada debido a problemas de salud mental no diagnosticados o no resueltos.**
- b) **Algunos problemas de salud en la vejez.** Las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer u otros tipos de demencia pueden hacer que la persona manifieste comportamientos autonegligentes. Igualmente pueden favorecer la aparición de estos comportamientos las depresiones y la malnutrición.
- c) **El abuso del alcohol o las drogas.** Algunas personas mayores sufren adicciones desde hace años que pueden provocar la aparición de estos comportamientos. Los comportamientos autonegligentes igualmente se encuentran en personas mayores que, debido al estrés, depresión, soledad o ansiedad, desarrollan adicciones a la medicación dada por sus psiquiatras.
- d) **La pobreza.** En ocasiones la persona mayor no puede cuidarse a sí misma, no porque no lo desee, sino porque no tiene recursos suficientes para hacerlo.
- e) **El aislamiento.** Hay una correlación clara entre el apoyo social y la satisfacción con la vida. Si la satisfacción con la vida decrece, el riesgo de un comportamiento autonegligente aumenta.

4. ¿Qué puede aportar el educador social en el campo del maltrato a las personas mayores?

El educador social puede realizar importantes aportaciones en la prevención del maltrato y su tratamiento.

- a) **Es un profesional formado para trabajar “con la comunidad”** que puede asumir la realización de proyectos que han demostrado ser necesarios como:
- **Las intervenciones cuyos objetivos son aumentar la participación de los mayores en el diseño de sus comunidades**, por ejemplo, a través de asociaciones que luchen activamente por la defensa de sus derechos⁶. En EEUU se han formado lo que denominan “*Coaliciones para la prevención del maltrato a las personas mayores*”. Son grupos de personas mayores, profesionales y/o organizaciones que se unen para luchar por el logro de leyes, recursos sociales, realización de campañas de sensibilización... que favorezcan la prevención y la intervención en los casos de abusos a las personas mayores.
 - **Los programas de sensibilización hacia el problema del maltrato en la vejez**. El objetivo es concienciar a las administraciones, los profesionales y la población sobre qué son los malos tratos a las personas mayores, cómo detectarlos, la extensión y gravedad del problema, los servicios a los que podemos acudir ante estas situaciones y cómo podemos ayudar para evitarlos.⁷
- b) **Puede colaborar en el estudio de cómo atender a las personas dependientes de nuestra comunidad**. No siempre es lo más adecuado que sean los familiares las personas que asuman el cuidado de la persona mayor. Es necesario que nuestra sociedad diseñe servicios que garanticen la atención de las personas más dependientes al mismo tiempo que consigan «simultáneamente y en orden de importancia, su libertad, seguridad, estilo de vida menos alterado y alternativa de cuidados menos restrictiva.” (Quinn 1992b: 309). El educador social será uno de los profesionales necesarios para diseñar e implantar los servicios de proximidad para la atención de las personas mayores dependientes, tanto públicos como privados.
- c) **Puede colaborar en la detección del maltrato o la negligencia en el cuidado de la persona mayor**. Al ser un profesional que generalmente tiene un contacto directo con la población a la que atiende, está en una posición privilegiada para colaborar en esta tarea. La detección del maltrato o abandono de las personas mayores es aún más difícil que el del abuso a los menores, ya que el aislamiento de las personas incrementa tanto el riesgo de sufrir autonegligencia como la dificultad de detectar el maltrato (National Center of Elder Abuse, 1998) La persona mayor puede no salir de su casa ni relacionarse con ninguna persona fuera de su domicilio. De hecho, por ejemplo en EEUU únicamente el 3,8% de

los casos de maltrato detectado son denunciados por la persona que los sufre (National Center of Elder Abuse, 1997).

d) Dispone de la cualificación necesaria para realizar programas de intervención que mejoren las habilidades de las personas para hacer frente a las situaciones problemáticas que se le presentan. Como hemos comentado anteriormente, la persona mayor es una persona con recursos, tanto personales como materiales y legales que le pueden proteger del maltrato y ayudar a salir de él. Sería muy positivo el desarrollo de programas que:

- **Favorezcan que la persona mayor tenga un papel proactivo en la lucha por alcanzar el tipo de vida que le puede hacer feliz, mejorando lo que se ha denominado su “poder personal”** (self-empowerment). El objetivo es trabajar para que la persona mayor sea enérgica y cree el tipo de vida que ella desea, en vez de limitarse a reaccionar ante las circunstancias de la vida. Es necesario que la persona se responsabilice de las propias decisiones y las tome con una voluntad clara de conseguir un mayor bienestar y salud. Estos programas deberían de trabajar tanto el bienestar físico como el psicológico.
- **Mejoren las redes de apoyo informal de las personas mayores.** El contar con una red de apoyo adecuada y próxima se ha comprobado que dificulta la aparición del maltrato, favorece su detección en el caso de que llegue a generarse y proporciona recursos para que pueda superarlo.
- **Le proporcionen asesoramiento gerontológico** para que pueda decidir cómo desea ser tratada en el caso de que su grado de dependencia aumente. La toma de estas decisiones favorece que pueda trabajar para lograr ser atendida como ella desea.
- **Le proporcionen a las personas mayores maltratadas ayuda para planificar cómo superar esta situación** (facilitándoles la búsqueda de recursos alternativos, formación sobre sus derechos, apoyo en la toma de decisiones y formación para la adaptación a su nueva situación).

e) Puede diseñar e implantar programas de apoyo a los cuidadores con el objetivo de prevenir el maltrato o eliminarlo.

- Programas de formación del cuidador dirigidos tanto a mejorar la calidad de cuidados que proporciona como a “saber cuidarse a si mismo” y a ser consciente de los comportamientos que pueden ser considerados como abusos contra su familiar.
- Programas de intervención dirigidos a proporcionarle recursos que le ayuden en su labor como cuidador.

f) Dentro de las residencias de la tercera edad consideramos que podría trabajar en:

- **Los programas de defensa de los derechos de los residentes.** En EEUU se han creado programas dirigidos a garantizar el respeto de los derechos de los usuarios de las residencias de personas mayores. (“Ombudsman programs”). El “ombudsman” es un profesional al que pueden dirigirse tanto los residentes, los familiares como los profesionales para solucionar cualquier duda que tengan sobre los servicios dirigidos a las personas mayores. Se pretende así, mejorar la formación sobre la calidad que deben de tener los servicios gerontológicos de todos los implicados en ellos (residentes, familias, profesionales, políticos...).
- **Programas socioeducativos** que impidan que las personas mayores lleven una vida “pasiva” y pierdan su autonomía, su capacidad de dirigir su vida, dentro de las residencias de la tercera edad.

Conclusiones

Nos gustaría concluir afirmando que, igual que no atribuimos a los menores o a las mujeres la generación del problema de la violencia familiar, no podemos percibir que el maltrato a las personas mayores es otro de los “problemas del envejecimiento de la población”. No es el “proceso de envejecimiento” ni la “edad” la causa del maltrato, sino toda una serie de variables del cuidador, del diseño de las comunidades, de las relaciones personales.... El estudio del maltrato en la vejez no queremos que contribuya a potenciar la visión de que una sociedad envejecida será una sociedad menos positiva. Los programas de intervención e investigación deben de ser presentados como un avance hacia una sociedad donde no sólo vamos a poder vivir más años, sino que podremos disfrutar de ellos con una mejor calidad de vida y con unos sistemas de protección social adecuados.

La figura del educador social en el campo de la prevención y tratamiento del maltrato en la vejez tiene un papel fundamental principalmente por tres razones: está formado para movilizar a la comunidad o a determinados colectivos, para que trabajen en la resolución de sus problemas; puede desarrollar intervenciones que mejoren tanto los recursos socioafectivos de las personas mayores como sus habilidades y actitudes para vivir como ellos deseen y, por último, tiene un lugar privilegiado en la detección de situaciones de riesgo o de maltrato al trabajar en contacto directo con las personas mayores y/o sus cuidadores. La posibilidad de trabajar en la resolución de este problema social es una oportunidad para que la figura del educador social se consolide dentro de los equipos gerontológicos de intervención.

Consideramos fundamental comenzar a investigar cómo planificar los servicios dirigidos a la tercera edad para maximizar su eficacia en la detección del maltrato. Al mismo tiempo, estamos viendo como podemos encontrar, en la literatura internacional, estudios sobre la implantación de diferentes proyectos tanto de prevención (Arcus, 1999; Anetzberger 2000) como de intervención cuando el maltrato ya se ha producido (Reis 1995; Biggs, 1995; Quinn 1992) ¿Por qué no comenzamos a trabajar para que estos proyectos estén presentes en los programas dirigidos a la tercera edad en España?

- 1 “Art:44: Situaciones de maltrato. Las situaciones de maltrato sobre personas mayores detectadas por cualesquiera órganos de las Administraciones Públicas serán inmediatamente puestas en conocimiento del Ministerio fiscal. Del mismo modo deberán actuar los profesionales, familiares, amigos, vecinos o instituciones que aprecien situaciones de maltrato o indicios de las mismas, sobre cualquier persona mayor.” (Ley 6/1999, de 7 de Julio, de atención y protección a las personas mayores)
- 2 “No disponemos de datos de frecuencia de base poblacional en España. En la conferencia Consenso de Almería se estimó que podría existir una prevalencia del 3%” (Caballero y Remolar 2000)
- 3 “La cifra utilizada con mayor frecuencia (de abusos contra las personas mayores) es el 4%” (Quinn 1992 a: 300).
- 4 El informe del Defensor del Pueblo del año 1999 denuncia que “No sólo faltan plazas, sino que las que hay están mal concebidas, ya que la mayoría no están preparadas para mayores dependientes” (El País, 30 de Nov de 1999)
- 5 Como refleja el título del artículo de Úrsula Leer (1994) “La calidad de vida en la tercera edad: una labor individual y social” es necesario no solo dar poder a la persona sino que la sociedad diseñe los recursos necesarios para garantizar la calidad de vida de las personas mayores
- 6 Por ejemplo: la Junta de Andalucía ya ha habilitado un teléfono para la denuncia de los malos tratos a los mayores.

BIBLIOGRAFÍA:

- ARCUS, S.G.(1999) The Long-Term Care Ombudsman Program: A Social Work Perspective” en *Journal of Gerontological Social Work*, Vol 31 (1/2)
- ADMINISTRACION ON AGING (2000). *Elder abuse prevention*. www.aoa.ahns.gov
- CABALLERO Y REMOLAR (2000) Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 10 (3), 177-188
- CHRISTINE L. Y MCDANIEL, J.D. (1997). *Elder abuse in the domestic setting*. www.keln.org/bibs/mcdaniel.html
- DAVIES, M. (2000). Detección del maltrato: una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería. En P. Delcalmer y G. Glendenning (2000). *El maltrato a las personas mayores* (137-154). Barcelona: Editorial Paidós Ibérica
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir.) (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Editorial Pirámide.
- GLEDENNING, F. (2000). ¿Qué entendemos por negligencia y maltrato a los ancianos? En P. Delcalmer y G. Glendenning. *El maltrato a las personas mayores* (17-56). Barcelona: Editorial Paidós Ibérica
- GRACIA, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A.
- JOHNSON, T.F., O'BRIEN, J.G. Y HUDSON, M.F., (1985). *Elder neglect and Abuse: An Annotated Bibliograph.*, Westport, Conn.: Greenwood Press
- LEHR, U. (1994). La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social. En J. Buendía (1994). (Comp.). *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (353-371). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Ley 6/1999, de 7 de Julio, de atención y protección a las personas mayores <http://www.cas.junta-andalucia.es/legislacion/leymayor.htm>
- MARTINEZ MAROTO, A(2000) Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores. En Fernández-Ballesteros, R (2000)(Dir) *Gerontología Social*. Madrid. Editorial Pirámide
- HWALEK, M.A.; NEALE, A.V. GOODRICH, C.S. Y QUINN, K.; (1996) The association of Elder Abuse and Substance Abuse in the Illinois Elder Abuse System En *The Gerontologist*. Vol 36, N° 5, 694-700.
- REIS, M. Y NAHMIASH, D. (1995) When Seniors Are Abused: An intervention Model. En *The Gerontologist*, Vol 35, N° 5; 666-671
- ANETZBERGER, G.J. PALMISANO, B.R., SANDERS, M. BASS, D. DAYTON, C, ECKERT, S. y SCHIMER, M.R. (2000) A model Intervention for Elder Abuse and Dementia En *The Gerontologist*, Vol 40, N° 4, 492-497
- BIGGS, S., PHILLIPSON, C. Y KINGSTON, P. (1995) *Elder Abuse in Perspective*. Philadelphia. Open University Press.
- MCDANIEL, C.L. (1997). *Elder abuse in the domestic setting* www.keln.org/bibs/mcdaniel.html
- MYERS, J.E. (1993). Empowerment personal. *Revista de Gerontología*. 3 (2), 114-119.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1997). Reporting of elder abuse in domestic settings. *Elder Abuse Information Series*. N° 3 www.preventelderabuse.org

- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1998). *The National Study of the Incidence of Elder Abuse in the US*. www.aoa.dhhs.gov/abuse/report/default.htm
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1999). Types of elder Abuse in Domestic Settings. *Elder Abuse Information Series*. Nº 1. www.preventelderabuse.org
- NOLAN, M.R. (2000). Las relaciones ciudadador-persona dependiente y la prevención del maltrato a los ancianos. En P. Delcalmer y G. Glendenning. *El maltrato a las personas mayores* (17-56). Barcelona: Editorial Paidós Ibérica
- NOLAN, M.R. Y GRANT,G., (1992). *Regular Respite: An Evaluation of a Hospital Rota Bed Scheme for Elderly People*. Londres: Age Concern Institute of Gerontology Research Paper Series.
- PILLIPSON, C (2000) Los malos tratos a los ancianos: perspectivas sociológicas. En En P. Delcalmer y G. Glendenning. *El maltrato a las personas mayores* (105-118). Barcelona: Editorial Paidós Ibérica
- QUINN, M.J. (1992a). Abandono y malos tratos a los ancianos: aspectos del tratamiento. En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen. *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- QUINN, M.J. (1992b). Abandono y maltrato a los ancianos: estrategias de intervención. En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen. *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- ROMANS, M, PETRUS, A Y TRILLA, J. (2000). *De profesión: educador/a social* Barcelona: Paidós Ibérica.
- KESSEL SARDINAS,H;MARTÍN GÁMEZ, N; AMAT BERENGUEL, E; BARNOSI MARÍN, A y RODRÍGUEZ-GALDEANO, M. (1999) El síndrome del Dr. Jekyll y Mr. Hide: las dos caras del cuidador de ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* ,34 (6): 326-352
- WOLF, R.S. (1994). El problema de los abusos a los ancianos: una tragedia familiar. *Revista de Gerontología*. 4 (2),134-138
- WOOLF, L.M (1998). *Elder Abuse and Neglect*. <http://www.webster.edu/~woolfm/abuse.html>

* Carmen Touza Garma

Departamento de Ciencias de la Educación. Universitat de Les Illes Balears.

E-mail: vdcectg0@clust.uib.es

** Equipo de Intervención Socioeducativa (Área de Gerontología)¹ de la Escuela Universitaria Cardenal Cisneros.

1. Carmen Prado, Lola García Campos, Pilar Royo García, Mari Paz Segura García

E-mail: carmen.prado@uah.es