



PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES





PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES



Septiembre 2018

Edita Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias

Maquetación CEE Grupo Iniciativas

Imprime Ecoprint

Tipografía Geomanist por Atipo Foundry

Depósito Legal AS 03082-2018

Impreso en papel 100% libre de cloro



AUTORÍA. GRUPO DE TRABAJO

CONSEJERÍA DE SERVICIOS Y DERECHOS SOCIALES - ORGANISMO AUTÓNOMO ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA ANCIANOS DE ASTURIAS

- Nerea Eguren Adrián. Directora General de Planificación, Ordenación e Innovación Social [DGPOIS]
- Joaquín Gómez González. Jefe de Servicio de Planificación e Innovación Social [DGPOIS]
- Esperanza Calderero Rodríguez. Jefa de Servicio de Mayores, Diversidad Funcional y Autonomía Personal. Dirección General de Servicios Sociales de Proximidad [DGSSP]
- Laura Irene Cavada Estrada. Coordinadora del Grupo de Trabajo. Servicio de Mayores, Diversidad Funcional y Autonomía Personal. Dirección General de Servicios Sociales de Proximidad [DGSSP]
- Francisco Javier Jiménez Iglesias y Verónica Mittelbrum Suárez. Letrados del Anciano
- Purificación Suárez Fernández y Carla Sánchez Caballero. Jefas de Sección de Inspección y Evaluación de la Calidad. Servicio de Inspección y Acreditación de Centros. Dirección General de Gestión de Prestaciones y Recursos [DGGPR]
- Cristina Aguirre Muñiz. Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias
- Esther Fernández Riera. Directora del Centro de Día "Ría de Avilés". Dirección General de Servicios Sociales de Proximidad [DGSSP]
- Begoña Menéndez Toral. Trabajadora Social. Servicio de Planificación e Innovación Social [DGPOIS] Redactora del documento final
- Carmen Sellán Paniceres. Directora del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Palacio del Villar". Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos del Principado de Asturias [ERA]
- Manuela Suárez Granda. Unidad de Igualdad de Género

CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

- Julio Bruno Bárcena. Coordinador Grupo de Trabajo Dirección General de Salud Pública
- Francisco Manuel Suárez García. Geriatra
- Maria Neri Iglesias Fernández. Trabajadora Social. Dirección General de Planificación Sanitaria
- M^a Carmen Álvarez Baza. Enfermera. Hospital de Cabueñes



- Elena Pato. Psiquiatra. Centro Salud Mental de Langreo. Área VIII
- Henar Suárez Álvarez. Trabajadora Social. Hospital Álvarez Buylla
- Joaquín Cuetos Álvarez. Médico C. Salud de Pola de Siero
- Cándida Díaz Faes. Trabajadora Social. Área V
- Consol Cortinat Besolí. Trabajadora Social. Hospital del Oriente
- Francisco Manuel Lozano Sánchez-Pajares. Hospital del Oriente de Asturias

SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

- Cristina Calviño Pahino. Coordinadora de Programas. Oficina de Servicios Sociales, Migración y Promoción de la Igualdad. Ayuntamiento de Oviedo
- Carmen Enríquez Pérez. Responsable del Programa de Atención e Intervención Social y Comunitaria. Servicios Sociales. Ayuntamiento de Avilés

* Así mismo todos los organismos implicados quieren mostrar su agradecimiento al conjunto de profesionales de los servicios sociales municipales, servicios sanitarios y recursos de atención a personas mayores que han participado en el proceso de pilotaje del protocolo.



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
1 SITUACIÓN EN ASTURIAS	17
1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS	18
1.2. RECURSOS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES O EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD	21
1.3. CIFRAS SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS	22
2 MARCO JURÍDICO	25
3 OBJETO	29
4 MARCO CONCEPTUAL	31
4.1. DEFINICIONES	31
4.2. TIPOLOGÍA	32
5 MEDIDAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO	35
6 FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO	37
6.1. ÁMBITO SOCIAL-COMUNITARIO	38
6.1.1. Factores de riesgo	38
6.1.2. Factores y medidas de protección y prevención	38
6.2. ÁMBITO RELACIONAL-DOMICILIARIO	39
6.2.1. Factores de riesgo	39
6.2.2. Factores y medidas de protección y prevención	40
6.3. ÁMBITO INSTITUCIONAL	40
6.3.1. Factores de riesgo	40
6.3.2. Factores y medidas de protección y prevención	41
7 DETECCIÓN DEL MALTRATO, VALORACIÓN DEL RIESGO E INTERVENCIÓN	43
7.1. INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO RELACIONAL-DOMICILIARIO	44
7.1.1. Intervención en el ámbito relacional-domiciliario desde los servicios sociales municipales	45
7.1.2. Intervención en el ámbito relacional-domiciliario desde los servicios sanitarios	48
7.1.2.1. Proceso general de intervención	48
7.1.2.2. Intervención desde las unidades de trabajo social sanitarias.	51
7.1.2.3. Intervención desde los servicios de urgencias hospitalarias.	54
7.1.2.4. Intervención desde atención primaria..	57
7.2. INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL	59
7.2.1. Los Servicios de Inspección	60
7.2.2. Dirección del centro/programa/servicio	61
7.2.3. Otros agentes sociales	63
7.2.4. Letrada/o del Anciano	64
8 PROCESO DE DISEÑO, PILOTAJE E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO	65
8.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO	65
8.2. ENFOQUE METODOLÓGICO Y FASES DEL PROCESO DE PILOTAJE	67
8.3. DISEÑO DEL PROCESO DE PILOTAJE	69
8.3.1. Agentes participantes	70
8.3.2. Seguimiento	72



8.3.3. Indicadores de evaluación	73
8.4. RESULTADOS DEL PROCESO DE PILOTAJE	73
8.4.1. Datos de profesionales participantes	74
8.4.2. Casos objeto del pilotaje	74
8.4.3. Evaluación del protocolo	82
8.4.4. Dificultades identificadas / Propuestas de mejora	84
8.5. MEJORAS INCORPORADAS	85
8.6. CONCLUSIONES GENERALES DEL PILOTAJE.	86
8.7. ACTUACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO	86
9 BIBLIOGRAFÍA	89
10 NORMATIVA	95
11 ANEXOS	97
11.1. ANEXOS COMUNES A TODOS LOS ÁMBITOS	99
ANEXO 1. Tabla resumen del abuso o maltrato en el ordenamiento jurídico	99
ANEXO 2. Consecuencias del maltrato en personas mayores	100
ANEXO 3. Registro de indicadores de maltrato	103
ANEXO 4. Recomendaciones proceso de entrevistas	108
11.2. ANEXOS ÁMBITO RELACIONAL – DOMICILIARIO (SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES – SERVICIOS SANITARIOS)	110
ANEXO 5. Cuestionario de factores de riesgo persona mayor y persona cuidadora	110
ANEXO 6. Entrevista semiestructurada a la persona mayor	111
ANEXO 7. Entrevista semiestructurada a la persona posible responsable del maltrato	112
ANEXO 8. Escala de sobrecarga de la persona cuidadora	113
ANEXO 9. Documento de comunicación y coordinación del caso entre los servicios sociales municipales y las unidades de trabajo social sanitarias	115
ANEXO 10. Indicadores sociosanitarios de comunicación para el inicio de valoración de capacidad de obrar	116
11.3. ANEXOS ÁMBITO SANITARIO	117
ANEXO 11. Principales signos e indicadores de abusos y malos tratos a personas mayores.	117
ANEXO 12. Guía de entrevista en la Unidad de Clasificación de Urgencias ante una víctima de malos tratos en un centro sanitario	119
ANEXO 13. Cuestionario de sospecha de maltrato o cuestionario para la detección del maltrato a personas mayores en un servicios de urgencias sanitario	120
ANEXO 14. Clasificación clínica en el servicio de urgencias	121
ANEXO 15. Parte de lesiones (parte al Juzgado de Guardia)	122
11.4. ANEXOS ÁMBITO INSTITUCIONAL – SERVICIOS SOCIALES	124
ANEXO 16. Entrevista semiestructurada a la persona mayor	124
ANEXO 17. Entrevista semiestructurada a familiares, testigos u otras personas informantes	125
ANEXO 18. Entrevista semiestructurada a la persona posible responsable del maltrato	126
ANEXO 19. Escala de valoración para la intervención (para su aplicación por personal interno al centro)	127
ANEXO 20. Cuestionario de factores de riesgo (para su aplicación por personal externo al centro)	129



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Personas cuidadoras en el hogar según sexo de la persona mayor	21
Gráfico 2. Evolución de los partes por violencia de género en mujeres mayores 65 años	24
Gráfico 3. Flujograma de intervención desde los servicios sociales municipales	45
Gráfico 4. Flujograma de intervención general en los servicios sanitarios	49
Gráfico 5. Procedimiento de actuación social general ante la sospecha de maltrato a personas mayores desde una institución sanitaria	50
Gráfico 6. Flujograma de intervención desde las unidades de trabajo social sanitarias	51
Gráfico 7. Flujograma de intervención desde los servicios de urgencias hospitalarias	54
Gráfico 8. Flujograma de intervención desde los servicios de atención primaria	57
Gráfico 9. Flujograma de intervención en el ámbito institucional	59
Gráfico 10. Cronograma de elaboración del documento	67
Gráfico 11. Distribución de recursos y profesionales implicados en el ámbito de servicios sociales	71
Gráfico 12. Distribución de recursos implicados en el pilotaje en el ámbito sanitario	72
Gráfico 13. Número y distribución de profesionales implicados en el pilotaje	74
Gráfico 14. Edad de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales	75
Gráfico 15. Sexo de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales	75
Gráfico 16. Estado civil de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales	75
Gráfico 17. Deterioro cognitivo de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales	75
Gráfico 18. Convivencia de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales	76
Gráfico 19. Relaciones familiares de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales	76
Gráfico 20. Edad de la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales	76
Gráfico 21. Sexo de la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales	76
Gráfico 22. Parentesco de la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales	77
Gráfico 23. Tiempo de convivencia con la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales	77
Gráfico 24. Tipología de maltrato en el ámbito de servicios sociales	77
Gráfico 25. Gravedad del maltrato en el ámbito de servicios sociales	77
Gráfico 26. Edad de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario	78
Gráfico 27. Sexo y estado civil de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario	78
Gráfico 28. Convivencia de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario	79



Gráfico 29. Deterioro cognitivo de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario	79
Gráfico 30. Relaciones familiares de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario	79
Gráfico 31. Sexo y edad de la persona presunta responsable en el ámbito sanitario	80
Gráfico 32. Tiempo de convivencia con la persona presunta responsable en el ámbito sanitario	80
Gráfico 33. Tipología del maltrato en el ámbito sanitario	81
Gráfico 34. Gravedad del maltrato en el ámbito sanitario	81
Gráfico 35. Intervención desde el trabajo social sanitario	82
Gráfico 36. Validación del protocolo en el ámbito de servicios sociales	82
Gráfico 37. Validación del protocolo en el ámbito sanitario	83
Gráfico 38. Correspondencia con la realidad de la intervención en el ámbito de servicios sociales	83
Gráfico 39. Correspondencia con la realidad de la intervención en el ámbito sanitario	83
Gráfico 40. Impacto de la aplicación del protocolo en el ámbito de servicios sociales	84
Gráfico 41. Impacto de la aplicación del protocolo en el ámbito sanitario	84
Gráfico 42. Incorporación de mejoras al documento final	85

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Evolución de la población mayor, 1900-2031	18
Cuadro 2. Evolución de la población mayor por sexo, 1900-2031	19
Cuadro 3. Población según grupos de edad y tamaño municipal. Asturias, 2017	20
Cuadro 4. Número de personas mayores de 65 años en recursos de atención, 2017	22
Cuadro 5. Fuente del maltrato según edad y sexo [%]	23
Cuadro 6. Fases y contenido del proceso de diseño, pilotaje e implantación	69

Nota: Este documento se ha redactado de acuerdo al lenguaje inclusivo, no sexista. No obstante, algunos términos jurídicos o citas literales de la normativa o de distintas organizaciones aparecen en masculino, debiendo entenderse referidos indistintamente a mujeres y hombres.

PRESENTACIÓN



Tienes en tus manos el Protocolo Sociosanitario para la Promoción del Buen Trato y la Detección e Intervención ante el Maltrato a Personas Mayores, la nueva herramienta que hemos elaborado desde las Consejerías de Servicios y Derechos Sociales y de Sanidad del Principado de Asturias, junto a los Servicios Sociales Municipales, con el objetivo de avanzar hacia una sociedad mejor, más respetuosa e inclusiva, en la que se preste especial atención a la diferencia entre las personas y a sus situaciones de vulnerabilidad.

La atención sociosanitaria a la violencia y sus consecuencias es un proceso complejo que va desde la detección a la rehabilitación y que exige la participación coordinada y transversal de las instituciones públicas. El camino de una buena atención en esta sociedad comienza por superar las enormes dificultades sociales y culturales que supone su visibilización.

En este caso, el trabajo se centra en las personas mayores, y busca facilitar una intervención coordinada entre las administraciones y sistemas de protección, además de sensibilizar a profesionales, organizaciones y a la sociedad en general sobre la necesidad de tratar bien a nuestros mayores, prevenir e intervenir ante cualquier situación de maltrato.

La nueva herramienta aborda todas las tipologías de maltrato: físico, psicológico, sexual, financiero, negligencia y abandono; y diferencia el ámbito social-comunitario, el relacional-familiar, y el institucional, estableciendo en cada uno de estos los factores de riesgo a tener en cuenta para su detección e intervención. Además, enfatiza los factores de protección vinculados al buen trato y propone herramientas específicas para afrontar estos casos en todos los ámbitos, también cuando se producen en el ámbito familiar, donde queda más oculto por los vínculos de afecto.

El protocolo ha sido testado desde noviembre de 2017 a junio de 2018, con la participación de 138 profesionales de centros sanitarios, residencias de mayores y de los servicios sociales municipales y, tras un proceso de formación, a partir del mes de octubre se implementará en toda la red pública regional. Con ello avanzaremos en innovación social, que es una de las líneas que estamos impulsando en esta legislatura, con el fin de que los procesos de intervención social tengan una base científica, y se establezcan a partir de experiencias contrastadas.

Señalar que este trabajo se enmarca dentro de las medidas de coordinación sociosanitaria que el Principado está impulsando desde el inicio de la legislatura y que están facilitando, entre otros avances, que profesionales de ambos sistemas trabajen en estructuras de coordinación permanente.

Queremos aprovechar estas líneas para agradecer las aportaciones de todas las personas que han participado en el proceso de elaboración y pilotaje de este trabajo; animamos a la sociedad asturiana a propiciar en todos los ámbitos el buen trato a las personas mayores y a denunciar cualquier situación de maltrato. También celebrar la elaboración de herramientas como este protocolo, que contribuyen a una mayor sensibilización, formación de los y las profesionales de atención y a un incremento de la coordinación de recursos destinados a garantizar la calidad de vida de las personas.

Francisco del Busto

Consejero de Sanidad
del Gobierno del Principado de Asturias

Pilar Varela

Consejera de Servicios y Derechos Sociales
del Gobierno del Principado de Asturias



INTRODUCCIÓN

En el mes de junio de 2016, la Organización Mundial de la Salud [OMS] informa sobre el maltrato que sufren las personas mayores detectado a través de datos emergentes. Ante la incidencia del hecho y las consecuencias que tiene a nivel de salud pública y responsabilidad de los poderes públicos, adelantó que realizaría un informe con recomendaciones para los países miembros. En este segundo informe, publicado en el mes de septiembre de 2016, la OMS indica que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes, pudiendo ser las tasas más elevadas entre las personas mayores residentes en instituciones que en las que están en la comunidad. El maltrato de las personas mayores puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas. El informe prevé la duplicación de la población mayor de 60 años de aquí al año 2050, datos que mantiene similar tendencia en nuestra región, en la que la mayoría serán mujeres.

Para la OMS las tasas de prevalencia pueden estar subestimadas dada la reticencia de las personas mayores a informar, debido principalmente a las relaciones de dependencia o de índole familiar que mantienen con las personas que originan estas situaciones. En países de nuestro entorno las estimaciones de la prevalencia de los tipos más frecuentes de maltrato se sitúan, siempre según el informe de la OMS, conforme a la siguiente distribución:

- maltrato físico: 0,2-4,9%
- abuso sexual: 0,04-0,82%
- maltrato psicológico: 0,7-6,3%
- abuso económico: 1,0-9,2%
- desatención: 0,2-5,5%

En nuestra Comunidad Autónoma no se dispone de estudios recientes relativos a las tasas de prevalencia de los malos tratos en personas mayores que permitan establecer la magnitud del problema y cualquier estimación podría resultar atrevida y carente de rigor.



A nivel estatal, se ha de destacar los resultados obtenidos en la investigación de Iborra en los que se establece que en España los índices de prevalencia son más bajos que los que arrojan otros estudios internacionales. La tasa total de maltrato [0,8%] es tres veces inferior a la media de las tasas de otros estudios [3%]. La tipología en la que se observan menos diferencias es en la negligencia [0,3% frente a 0,7%]. Hay varias hipótesis explicativas para este hecho que coinciden con la apreciación del informe de la OMS de que las cifras reflejan una prevalencia inferior a la que realmente existe y en la que además prevé un aumento dada la rapidez de envejecimiento de la población [Iborra, 2008].

En concordancia con lo anteriormente expuesto, es posible que la baja tasa obtenida no refleje la realidad sino que diversos factores influyan en que algunas personas mayores no hayan reconocido el maltrato del que son víctimas, bien porque no sean conscientes de la situación que están viviendo o bien porque los sentimientos de vergüenza, tristeza e impotencia que les llevan a ocultarla. Este secretismo se incrementa por el estigma social que recae sobre la familia maltratadora. Además, estas personas mayores consideran que hablando del maltrato sufrido pueden contribuir a dañar la convivencia familiar en una sociedad en la que la familia tiene una enorme consideración.

La investigación de la doctora Iborra Marmolejo ha contado con dos muestras diferentes: personas mayores y personas cuidadoras. Los resultados obtenidos en ambas encuestas, aunque van en la misma dirección, no son totalmente equivalentes. Lo más sorprendente es el hecho de que las personas cuidadoras reconocen más abiertamente el maltrato que las propias personas mayores; así:

- Aproximadamente 1 de cada 100 mayores ha sido víctima de maltrato intrafamiliar en España en 2005; esto supone que a escala nacional cerca de 60.000 personas mayores sufren maltrato cada año. Este porcentaje se duplica entre las personas mayores dependientes y se cuadruplica entre las personas mayores que presentan una dependencia grave [aquellos que requieren de ayuda al menos cinco horas al día].
- Aproximadamente 5 de cada 100 personas cuidadoras reconocen haber maltratado a la persona mayor a su cargo en alguna ocasión a lo largo del año 2005. Recordemos que, en esta muestra, las personas mayores requieren de cuidados para su desempeño en la vida diaria, con lo que estamos hablando de personas con dependencia.

En cuanto a la tipología, víctimas y personas cuidadoras coinciden en que el maltrato psicológico es uno de los que presenta mayor prevalencia. Se detecta mayor diferencia entre la información de las propias víctimas y de sus cuidadoras/es en el maltrato físico y el abuso económico. En ambos casos, la tasa informada por las personas cuidadoras es nueve veces mayor que la que aportan las víctimas.

La dependencia parece ser un factor de riesgo con especial peso en el abuso económico, puesto que entre las personas mayores dependientes la tasa de este tipo de maltrato aumenta desde el 0,2% hasta el 0,9%, superando así incluso la tasa de negligencia y de maltrato psicológico que dicen sufrir las personas mayores con dependencia.

Para abordar el problema resulta necesario impulsar medidas de promoción de buen trato e identificar los factores de riesgo propios del ámbito en el que se pueden llegar a producir las



situaciones de maltrato. En este protocolo se diferencian tres ámbitos: el social-comunitario, el relacional-domiciliario y finalmente el institucional.

En los tres ámbitos se identifican los factores de riesgo y las actuaciones de prevención y protección que permiten afrontarlos.

Una forma de prevenir el maltrato a las personas mayores es concienciar a la comunidad en general, a las administraciones competentes y a profesionales de salud y servicios sociales sobre la incidencia y gravedad del problema. El conocimiento de la situación puede proporcionar un punto de partida para elaborar estrategias de mejora.

Otro aspecto importante es el de determinar la capacidad de la persona que sufre una situación de maltrato. No sólo en la medida en que ésta pueda tener capacidad de oponerse a la conducta maltratadora y de defender sus derechos e intereses (por ejemplo, interponiendo y manteniendo una denuncia), sino también en que disponga de capacidad suficiente para tomar por sí misma las decisiones oportunas para el cuidado de su persona y de sus bienes.

En general los servicios sociales y sanitarios cuentan con profesionales que se encuentran en una posición idónea para detectar el posible maltrato, aunque su identificación no es una tarea fácil y requiere disponer de los instrumentos de evaluación adecuados, como los contenidos en el presente documento. El enfoque que se aconseja adoptar para la prevención, detección e intervención debe ser de carácter multidisciplinar.

Este protocolo se enmarca dentro del modelo de atención sociosanitaria en Asturias, que se recoge en el Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, y que define un ámbito compartido de coordinación de las estructuras administrativas y de los servicios de atención primaria y especializada del sistema sanitario y de servicios sociales. En algunos casos esta coordinación también requiere de la incorporación a los procesos concretos de otros departamentos, como educación o justicia cuando la situación lo precisa, y también de la participación activa de la sociedad civil.

El Plan de Coordinación Sociosanitaria del Principado de Asturias 2018-2021, actualmente en fase de elaboración, contempla como medida a implementar la puesta en marcha de un protocolo de acción conjunta que permitan a los profesionales de los servicios sociales y sanitarios prevenir, detectar e intervenir ante las diferentes situaciones de maltrato a personas mayores en el ámbito domiciliario e institucional.

Así mismo, la Estrategia de Envejecimiento Activo del Principado de Asturias [2018-2021] recoge como uno de sus objetivos específicos la promoción del buen trato a las personas mayores, mediante el desarrollo de medidas de formación y sensibilización, así como el establecimiento de herramientas de detección e intervención ante el maltrato a personas mayores [Consejería de Servicios y Derechos Sociales, 2018].



1 SITUACIÓN EN ASTURIAS

Dentro de este capítulo se describe la situación del maltrato a personas mayores en Asturias a través de tres elementos que permiten dimensionar el universo de población susceptible de sufrirlo, así como algunas características del mismo.

En primer lugar, se aborda el escenario sociodemográfico de Asturias, en lo referido a la población mayor de 65 años, incluyendo cifras sobre el cuidado dentro de los hogares.

A continuación, se detallan los recursos de atención dirigidos a personas mayores dependientes y/o frágiles como cifras de referencia de población usuaria de instituciones, servicios y programas.

Finalmente, se señalan cifras referidas a este fenómeno dentro de nuestra comunidad autónoma. A este respecto señalar la dificultad de obtener datos comparativos en el conjunto del Estado.





1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS

Tal y como se ha señalado en la introducción, la estructura demográfica asturiana presenta un significativo porcentaje de personas mayores de 65 años y la previsión es que éste aumente en los próximos años, como evidencia la siguiente tabla:

Cuadro 1. Evolución de la población mayor, 1900-2031

Años*	Total Asturias	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	%respecto al total	Absoluto	%respecto al total	Absoluto	%respecto al total
1900	627.069	38.371	6,1%	33.319	5,3%	5.052	0,8%
1910	685.131	39.821	5,8%	33.967	5,0%	5.854	0,9%
1920	743.726	40.255	5,4%	33.680	4,5%	6.575	0,9%
1930	791.855	48.582	6,1%	41.519	5,2%	7.063	0,9%
1940	836.642	59.974	7,2%	50.496	6,0%	9.478	1,1%
1950**	888.149	68.121	7,7%	56.331	6,3%	11.790	1,3%
1960	985.501	76.505	7,8%	62.475	6,3%	14.030	1,4%
1970	1.052.044	105.959	10,1%	88.052	8,4%	17.907	1,7%
1981	1.129.572	144.387	12,8%	119.594	10,6%	24.793	2,2%
1991	1.093.937	183.389	16,8%	144.083	13,2%	39.306	3,6%
2001	1.062.998	233.035	21,9%	177.572	16,7%	55.463	5,2%
2011	1.075.183	243.449	22,6%	160.452	14,9%	82.997	7,7%
2021	1.017.922	269.946	26,5%	181.942	17,9%	88.004	8,6%
2031	935.084	309.693	33,1%	209.588	22,4%	100.105	10,7%

* De 1900 a 2011 los datos son reales; del año 2021 en adelante se trata de proyección

** Para desagregar por tramos de edad las cifras de población mayor de 65 años se han extrapolado las de 1940 y 1960, al presentar el Censo de 1950 una categorización por edades diferente a la del resto de los años.

Fuente: INE

Al igual que en el conjunto de Europa, las mujeres serán mayoritarias dentro del grupo de edad de mayores de 65 años.



Cuadro 2. Evolución de la población mayor por sexo, 1900-2031

Años*	Total Asturias					65 años y más					
	Absoluto	Hombres	% respecto al total	Mujeres	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Hombres	% respecto al total de hombres	Mujeres	% respecto al total de mujeres
1900	627.069	289.909	46,2%	337.160	53,8%	38.371	6,1%	18.979	6,5%	19.392	5,8%
1910	685.131	314.427	45,9%	370.704	54,1%	39.821	5,8%	18.316	5,8%	21.505	5,8%
1920	743.726	348.678	46,9%	395.048	53,1%	40.255	5,4%	19.368	5,6%	20.887	5,3%
1930	791.855	373.057	47,1%	418.798	52,9%	48.582	6,1%	21.213	5,7%	27.369	6,5%
1940	836.642	393.999	47,1%	442.643	52,9%	59.974	7,2%	25.142	6,4%	34.832	7,9%
1950**	888.149	423.387	47,7%	464.762	52,3%	68.121	7,7%	27.472	6,5%	40.649	8,7%
1960	985.501	474.008	48,1%	511.493	51,9%	76.505	7,8%	29.421	6,2%	47.084	9,2%
1971	1.052.039	510.539	48,5%	541.500	51,5%	105.955	10,1%	40.369	7,9%	65.586	12,1%
1981	1.128.756	548.355	48,6%	580.401	51,4%	144.035	12,8%	56.223	10,3%	87.812	15,1%
1991	1.095.557	528.652	48,3%	566.905	51,7%	182.837	16,7%	73.347	13,9%	109.490	19,3%
2001	1.064.851	510.095	47,9%	554.756	52,1%	229.541	21,6%	94.103	18,4%	135.438	24,4%
2011	1.075.877	516.497	48,0%	559.380	52,0%	240.258	22,3%	98.409	19,1%	141.849	25,4%
2021	1.003.240	478.556	47,7%	524.684	52,3%	268.471	26,8%	112.442	23,5%	156.029	29,7%
2031	925.084	439.168	47,5%	485.916	52,5%	309.693	33,5%	132.393	30,1%	177.300	36,5%

* Los datos de 2021 y 2031 son proyecciones

** No se dispone de datos para los siguientes tramos de edad (65-79 y 80 y más), al presentar el Censo de 1950 una categorización por edades diferente a la del resto de los años.

1900-1960: Censos de población y viviendas. Censos anteriores. Series de población.

1971-2011: Cifras de población. Series desde 1971

2021-2031: Proyecciones de población 2016-2031

Fuente: INE

El ámbito de residencia, rural o urbano, también es un elemento a tener en cuenta si consideramos las diferentes oportunidades que ofrecen ambos entornos (aislamiento, dificultades de relación).



Cuadro 3. Población según grupos de edad y tamaño municipal. Asturias, 2017

Tamaño municipal de la población (habitantes)	Número de municipios	Grupos de edad*						
		Datos en tablas absolutos y en % horizontales						
		Total población	Jóvenes		Adultos		Mayores	
Total	78	1.034.960	121.327	11,7%	656.991	63,5%	256.642	24,8%
Rural	37	38.525	2.913	7,6%	22.766	59,1%	12.846	33,3%
101-500	9	3.020	219	7,2%	1.732	57,4%	1.069	35,4%
501-1.000	9	6.701	453	6,8%	3.982	59,4%	2.266	33,8%
1.001-2.000	19	28.804	2.241	7,8%	17.052	59,2%	9.511	33,0%
Intermedio	22	114.575	12.128	10,6%	70.492	61,5%	31.955	27,9%
2.001-5.000	10	32.542	3.231	9,9%	19.813	60,9%	9.498	29,2%
5.001-10.001	12	82.033	8.897	10,8%	50.679	61,8%	22.457	27,4%
Urbano	17	389.194	44.846	11,5%	248.716	63,9%	95.632	24,6%
10.001-20.000	12	155.923	17.507	11,2%	97.884	62,8%	40.532	26,0%
20.001-50.000	3	101.981	10.860	10,6%	65.647	64,4%	25.474	25,0%
50.001-100.000	2	131.290	16.479	12,5%	85.185	64,9%	29.626	22,6%
100.001-500.000	2	492.666	61.440	12,5%	315.017	63,9%	116.209	23,6%

*Grupos de edad:

Jóvenes: Población menor de 16 años. Adultos: Población de 16 a 64 años. Mayores: Población de 65 y más años.

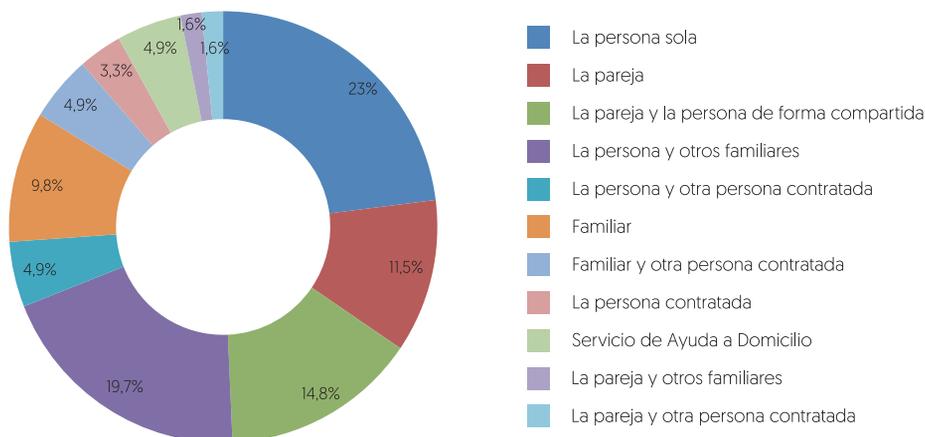
Fuente: INE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Datos por municipios

La responsabilidad del cuidado es otro elemento determinante ante las situaciones de maltrato. El siguiente gráfico nos muestra las diferencias existentes por sexo dentro del cuidado en el hogar.

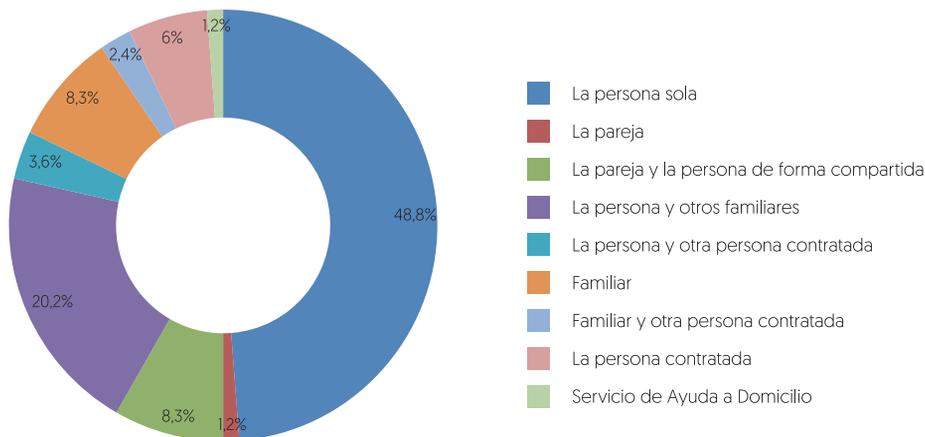


Gráfico 1. Personas cuidadoras en el hogar según sexo de la persona mayor

Hombres cuidados por



Mujeres cuidadas por



Fuente: III Encuesta de Salud para Asturias. Año 2012-2013. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

1.2. RECURSOS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES O EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD

En lo referido al ámbito institucional, la siguiente tabla indica el universo de población atendida en centros, programas y servicios dirigidos a personas mayores dependientes o en situación de fragilidad como colectivo susceptible de sufrir malos tratos dentro de estos dispositivos.



Cuadro 4. Número de personas mayores de 65 años en recursos de atención, 2017

	Público			Privado*	TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL		
Ayuda a domicilio	2.317	8.020	10.337		10.337
Atención diurna	426	1.313	1.739	785	2.524
Alojamiento residencial	2.103	4.388	6.491	9.395	15.886
Estancias temporales en alojamiento residencial	183	384	567		567
Totales	5.029	14.105	19.134	10.180	29.314

* No disponible número de usuarios. Indica el número de plazas autorizadas.

Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Elaborado por Observass

A estos recursos específicos hay que añadir el importante papel de los recursos de la red sanitaria públicos y contratados o concertados, que pueden ser consultados en la memoria del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

1.3. CIFRAS SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN ASTURIAS

En lo referido a las situaciones de maltrato vividas en Asturias por las personas mayores, los datos reflejados proceden de diferentes fuentes:

1. Letrada/o del Anciano
2. La Encuesta de Salud del Principado de Asturias
3. Datos del Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias [VIMPA]

La/el Letrada/o del Anciano es el órgano administrativo encargado de las personas mayores en aquellos casos en que la legislación procesal y penal permite la defensa legal de sus intereses y el ejercicio de la tutoría en casos de incapacidad [Ley 7/1991 de asistencia y protección del anciano]. Durante el periodo comprendido entre 2008 y 2016 el Letrado del Anciano ha intervenido en 21 casos, siendo las tipologías de estas denuncias las siguientes:

- Malos tratos realizados por hijas/os y cónyuges en el ámbito privado [62%]
- Abusos sexuales de terceras personas [4,7%]
- Abusos económicos por parte de personas cuidadoras y familiares [33,3%]



Hay que destacar que estas denuncias presentan dificultades como la opacidad de las situaciones, falta de elementos probatorios, retirada de denuncias por dependencia afectiva y vulnerabilidad de la persona mayor.

Por su parte, la Encuesta de Salud del Principado de Asturias, realizada sobre población residente en Asturias no institucionalizada de 15 o más años de edad y elaborada con el fin de conocer la percepción del estado de salud de las personas y sus diferentes problemas de salud, entre los que el maltrato se considera uno de ellos, aporta los siguientes datos:

En los resultados por edades, declararon haberlo recibido con mayor frecuencia las personas de edad mediana, mientras que la menor frecuencia de antecedentes de maltrato lo manifiestan las personas jóvenes y las de más edad. En concreto el 1,1% de las personas mayores de 64 años declaran haber tenido algún tipo de maltrato continuado, mientras que otro 1,3% declaran haberlo sufrido de forma aislada.

La siguiente tabla refleja el resultado a la pregunta sobre la fuente del maltrato recibido en alguna ocasión o de forma continuada, por sexo y edad, tal como se formuló en la Encuesta.

Cuadro 5. Fuente del maltrato según edad y sexo [%]

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	15-29	30-44	45-64	>64	
Pareja/expareja (incluido novio/a, marido/mujer o pareja)	9,1	72,6	33,3	63,6	64,1	46,2	58,5
Familiares	18,2	12,3	11,1	3,0	17,9	30,8	13,8
Persona/s conocida/s (excluyendo a los anteriores)	50,0	17,8	55,6	24,2	25,6	7,7	25,5
Persona/a desconocida/s	18,2	4,1	0,0	9,1	5,1	14,3	7,3
NC	0,0	1,4	0,0	3,0	0,0	0,0	1,0

Fuente: III Encuesta de Salud para Asturias. Año 2012-2013. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad

Estos datos refieren la disparidad existente entre el número de denuncias y la prevalencia del fenómeno y reafirman la circunstancia de que las mujeres son quienes lo sufren en mayor número.

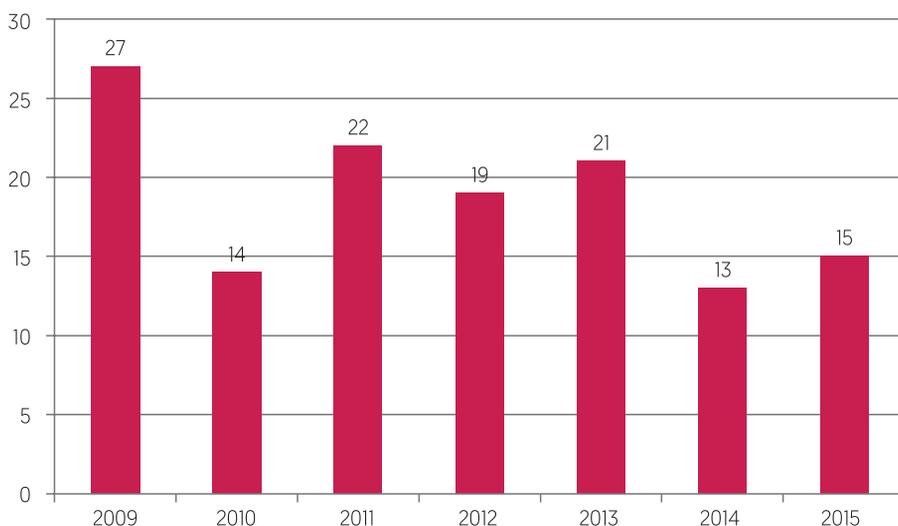
La violencia de género es un capítulo importante dentro del maltrato que reciben las mujeres aunque su prevalencia va reduciéndose con la edad. Entre el 10-15% de los asesinatos por violencia machista tienen como víctimas a mujeres de más de 65 años. La Macroencuesta de Violencia de Género 2015 señala que un 2,7% de las personas mayores de 65 años declaran



haber sufrido violencia física de su pareja actual. Pero solamente el 0,7% declaran haber sufrido violencia de cualquier pareja en los últimos 12 meses. Esta fuente también señala la prevalencia de violencia sexual y de violencia psicológica o de control en mujeres mayores de 60 años, que se estima en 0,8% y 13% cuando se refiere a sus parejas en el último año, respectivamente.

El Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias [VIMPA], que refleja la actividad de los servicios sanitarios en relación a la violencia de género, recoge los partes de lesiones emitidos por los profesionales de la salud. La siguiente tabla refleja los partes de lesiones por violencia de género referidos a mujeres mayores de 65 años, para los años 2009 a 2015.

Gráfico 2. Evolución de los partes por violencia de género en mujeres mayores 65 años



Fuente: Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias

Nótese como se ha dicho con anterioridad que la prevalencia de la violencia de género se reduce con la edad y que los registros de actividad sanitaria son fluctuantes y tienen una escasa relación con los datos poblacionales que ofrecen los registros policiales, el Consejo General del Poder Judicial o las encuestas poblacionales. Para subrayar esa diferencia señalamos que los partes por denuncia que informa el poder judicial en Asturias suponen magnitudes de entre 2.300 y 2.700 denuncias al año en Asturias, mientras los partes de lesiones se recogen como fuente de denuncia entre 400 y 600 casos al año [Muslera, E., Canclini, García, L. & González M., 2015].

2 MARCO JURÍDICO

En nuestro ordenamiento jurídico las normas sobre protección de las personas les dotan de derechos y amparo y garantizan el ejercicio adecuado de los mismos en un marco pacífico que les permita tomar sus decisiones de acuerdo con su voluntad. [Anexo 1]

En este sentido procede citar los siguientes artículos de la Constitución Española:

Artículo 9.2. *Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.*

Artículo 10.1. *La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.*

Artículo 15. *Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.*

Artículo 43. Derecho a la Salud: *1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*



Artículo 49. *Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.*

Artículo 50. *Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.*

Como meras referencias, que podrán ampliarse en los anexos del presente documento, se procede a realizar una reducida enumeración de la normativa básica de protección de ámbito nacional que por su alcance y pertinencia deben ser reflejadas en este documento:

- **Código Civil:** aparte de la regulación genérica en materia de incapacitación [arts. 199-201] y de las relativas al ejercicio de la tutela, curatela y guarda [arts. 215- 306], deben destacarse, en cuanto supone la posibilidad de adoptar medidas de protección inmediatas, los artículos 158 y 216.
- **Ley de enjuiciamiento civil sobre la capacidad de las personas** que se regula en los arts. 756-763, siendo especialmente importante el art. 762, que establece la posibilidad de establecer medidas cautelares para la adecuada protección del patrimonio y de la persona con discapacidad y el art. 763 relativo al internamiento o ingreso no voluntario en los supuestos en que exista una carencia de capacidad para decidirlo por sí la persona con discapacidad. La Ley de enjuiciamiento criminal en los arts. 259 y 262 establece la obligación de denunciar de cualquier persona que presencie un hecho delictivo y se refuerza en el segundo artículo la obligación para las personas que trabajan como funcionarias/os de la administración pública y personal médico.
- **Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal** en cuanto se refiere a la protección a personas con discapacidad y situaciones de maltrato, particularmente el artículo 3, donde se señala que corresponde al Ministerio Fiscal:
 - Velar por el respeto de las instituciones constitucionales y de los derechos fundamentales y libertades públicas con cuantas actuaciones exija su defensa.
 - Tomar parte, en defensa de la legalidad y del interés público o social, en los procesos relativos al estado civil y en los demás que establezca la ley.
 - Intervenir en los procesos civiles que determine la ley cuando esté comprometido el interés social o cuando puedan afectar a personas menores, incapaces o desvalidas en tanto se provee de los mecanismos ordinarios de representación.
 - Velar por la protección procesal de las víctimas y por la protección de testigos y peritos, promoviendo los mecanismos previstos para que reciban la ayuda y asistencia efectivas.



- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia**, por la que se crea un sistema de atención a las personas en situación de dependencia al objeto de garantizar el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal.
- **Ley de protección integral contra la violencia de género**: Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y su desarrollo en cuanto a la protección de las víctimas. En el caso concreto de las mujeres mayores víctimas de violencia de género, la Ley del Principado de Asturias 2/2011 para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género señala la importancia de establecer actuaciones específicas prestando especial atención a las mujeres mayores, por su mayor vulnerabilidad.
- **El Código Penal** es último recurso a fin de evitar la conculcación de los derechos a través de la perpetración de los malos tratos. Los artículos 226 a 233 del Código Penal tipifican el delito de abandono de familia, menores o incapaces. En el anexo I se ejemplifica la aplicación del Código Penal ante diferentes situaciones en relación a las tipologías de maltrato.



3 OBJETO

El protocolo tiene por objeto servir de orientación a profesionales que trabajan en los sistemas de los servicios sociales y de los servicios de salud en cualquiera de sus ámbitos de intervención.

Persigue:

1. Promover el buen trato
2. Proporcionar una herramienta útil para prevenir, detectar e intervenir ante las situaciones de maltrato a las personas mayores
3. Realizar una intervención coordinada entre administraciones y sistemas
4. Sensibilizar a profesionales, organizaciones y sociedad en general





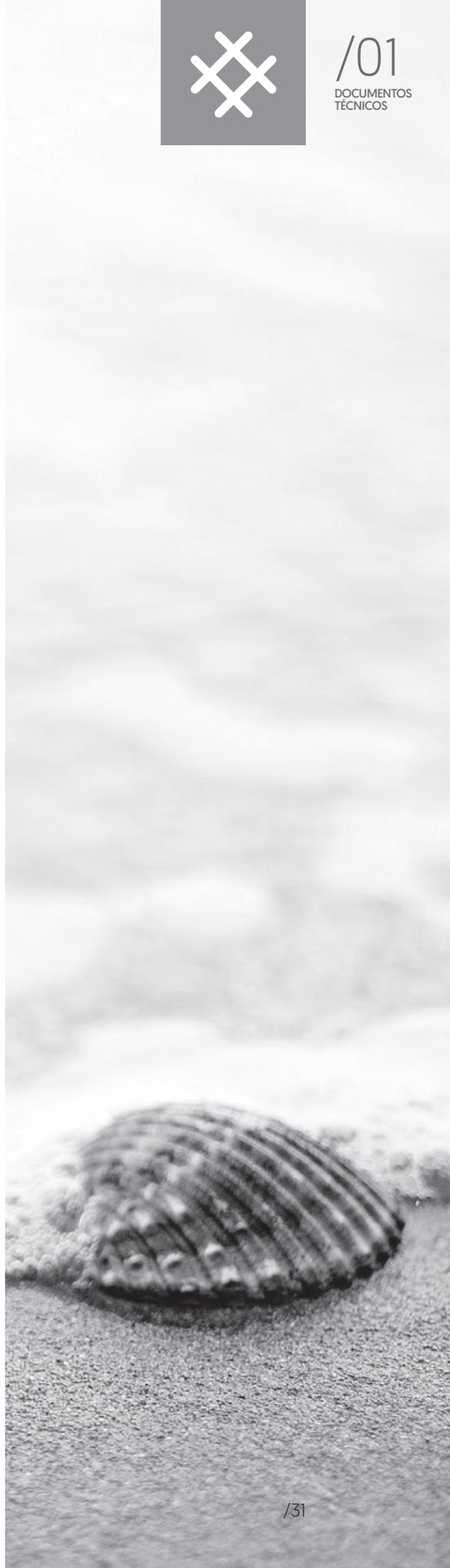
4 MARCO CONCEPTUAL

4.1. DEFINICIONES

La propia definición del *concepto de maltrato* refleja una gran controversia y aunque existen múltiples definiciones, todas ellas confluyen en el *daño que cualquier acción u omisión causa en las personas*.

De las definiciones más reconocidas destacan:

- La Organización Mundial de la Salud desde la Declaración de Toronto [2002] lo define como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación dónde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana” [OMS, 2013].
- La Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez [INPEA], lo define como “una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación” [OMS, 2002].
- La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología lo define como “situaciones de extrema vulneración de los derechos del individuo, y con frecuencia en términos de agresión física o sumo abandono, que atenta contra la integridad de una persona mayor totalmente dependiente, esto es, con demencia o inmovilizada”.
- La 1ª Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, [Almería, 1995] lo describe como “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física,





psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio dónde suceda” [Kessel, H., Marín, N. & Maturana, N., 1996].

En contraposición el *concepto de buen trato* es universal y consiste en establecer una relación satisfactoria sobre la base de la consideración, el reconocimiento del valor de la otra persona, y el respeto de los derechos y dignidad de la persona mayor [Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2012].

Desde una **perspectiva ética**, nuestras obligaciones universales con todo ser humano están fundamentadas en la obligación de respeto a la dignidad humana. Los seres humanos somos sujetos de dignidad, moralmente valiosos, y a su vez, tenemos un compromiso con el respeto a la dignidad de las demás personas.

El maltrato es en sí mismo un trato no digno. En la prevención, detección e intervención es fundamental el seguimiento de los principios éticos.

La ética establece 4 principios [no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia], proporcionados por la bioética, los cuales nos aportan pautas de actuación en una relación de ayuda o en la tarea de cuidado de una persona mayor.

4.2. TIPOLOGÍA

La tipología aquí establecida considera los maltratos físicos, psicológicos, sexuales, económicos y los debidos a la dejación y negligencia en el trato a las personas mayores.

Físicos: daño corporal, dolor o deterioro físico producidos por fuerza física o violencia no accidental. Ejemplos: golpes, quemaduras, tirones de pelo, alimentación forzada, utilización injustificada de restricciones físicas, uso inapropiado de fármacos y otros.

Psicológicos: causar intencionadamente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales. Ejemplos: amenazas, insultos, burla, intimidación, humillaciones, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, tratarle como si fuera un/a menor irresponsable en quien no se puede confiar, ignorar a la persona mayor despojándole de su intimidad y otros.

Sexuales: comportamientos [gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.] o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento. Ejemplos: acoso sexual, tocamientos, obligar a la víctima a realizar actos sexuales al agresor, violación, realización de fotografías y otros.

Financieros: utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades, o recursos de una persona mayor. Ejemplos: coger sin permiso dinero, joyas, etc., falsificación de firmas,



obligar a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio y otros.

Negligencia y abandono: rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable de su cuidado (de forma implícita o acordada). Ejemplos: no aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, administración de medicamentos, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, dejar a la persona mayor sola largos periodos de tiempo, ausencia de afecto y otros.



5 MEDIDAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO

Tal y como se ha señalado anteriormente, uno de los objetivos de este protocolo es la promoción del buen trato y para ello, dentro de este apartado, se detallan procedimientos encaminados a proteger y mejorar la dignidad, condiciones de vida y bienestar de las personas mayores en una de las etapas vitales de menor capacidad para cuidarse de forma autónoma.

Es necesario favorecer la corresponsabilidad de administraciones, entidades, empresas, profesionales y comunidad en general, así como modificar los patrones culturales y mermar la incidencia, prevalencia y consecuencias del maltrato a través de medidas como las que se detallan a continuación:

- Planificar actuaciones concretas contemplando las características específicas de la propia comunidad de residencia de la persona con el objeto de informar a personas mayores, familiares, personas cuidadoras y/o tutoras sobre el derecho a cuidados y buen trato. En este sentido destacar el Programa Paciente Activo Asturias (PACAS), cuyo fin es dotar a la ciudadanía con enfermedad crónica y a las personas cuidadoras de estrategias de autogestión que les permita vivir y desarrollarse plenamente como personas, siendo capaces de adaptar la enfermedad a su vida, de afrontarla y adaptarla a su entorno individual y sociocultural.
- Planificar actuaciones preventivas dirigidas al colectivo de personas mayores y en concreto al empoderamiento de las mujeres





mayores. Las medidas estarán dirigidas a toda la población y especialmente a colectivos de mayor riesgo.

- Sensibilizar desde el ámbito educativo a menores y jóvenes al objeto de dar a conocer las características de la etapa vital y capacidades de las personas mayores con el fin de promover el buen trato.
- Diseño de dípticos informativos ubicados en lugar visible y específico en centros de atención primaria, hospitales, guarderías, centros de servicios sociales, centros residenciales para personas mayores, centros de día y centros sociales de personas mayores.
- Campañas de sensibilización a profesionales de los diferentes ámbitos.
- Formación específica para profesionales que en su ámbito de trabajo se relacionen con personas mayores.
- Información sobre formas de protección y buen trato a la persona mayor.



6 FACTORES DE RIESGO Y MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO

Este protocolo alude a la diferenciación de tres ámbitos en los que pueden detectarse situaciones de maltrato a personas mayores y sobre los que procede intervenir de manera diferenciada. Los ámbitos de detección son: ámbito social-comunitario, ámbito relacional-domiciliario y ámbito institucional.

El ámbito social-comunitario hace referencia a elementos contextuales y de índole sociocultural que predominan en nuestra sociedad y que pueden incidir de forma positiva o negativa en la dignidad de las personas mayores.

Entendemos por ámbito relacional-domiciliario aquel que se produce en un entorno de convivencia con otras personas con las cuales puede existir o no vínculo de parentesco.

El ámbito institucional hace referencia a los establecimientos prestadores de servicios y cuidados, a corto o largo plazo, públicos o privados (centros de salud, hospitales, residencias geriátricas, centros de día, etc.).

Este capítulo aborda los factores de riesgo y de protección/prevención que son necesarios contemplar en cada uno de los ámbitos descritos.

Los factores de riesgo y de protección/prevención son las características, comportamientos y circunstancias que presentan las personas y los contextos, que acentúan o atenúan los riesgos de padecer/infligir maltrato a las personas. Su observación sistematizada, junto con la detección de indicado-



res, permitirá valorar el riesgo al que está expuesta cada persona y establecer la intervención adecuada.

Es importante tener en cuenta la existencia de una violencia estructural hacia las mujeres, *como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres* [Ley 1, 2004], que hace que la unión de los factores género y edad determine que el grupo de mujeres mayores tenga un alto riesgo de sufrir algún tipo de maltrato, incluido el específico de violencia de género.

6.1. ÁMBITO SOCIAL-COMUNITARIO

6.1.1. Factores de riesgo

Como factores de riesgo señalamos:

1. El aislamiento que sufren las personas mayores debido a pérdidas de capacidad física o mental, o a la pérdida de personas que integran su círculo de amistad y familiar y que conduce a una falta de apoyo social.
2. La imagen social negativa de la vejez con la representación de las personas mayores como frágiles, débiles, inactivas y dependientes, una imagen de personas vulnerables y poco autónomas que requieren de apoyos frecuentes para desenvolverse de una forma adecuada en su entorno.
3. La normalización de la cultura de la violencia, entendida esta como una manera aceptable de resolver conflictos y que es producto de determinadas relaciones de poder, formas de educación y de trato, y condiciones de vida de las familias en cada contexto social particular.

6.1.2. Factores y medidas de protección y prevención

El maltrato a las personas mayores es un fenómeno social sobre el que se han desarrollado y aplicado múltiples estrategias con la intención de erradicarlo o minimizar sus efectos y de las que, según la OMS, es difícil apreciar su grado de eficacia. Entre ellas cita campañas de sensibilización dirigidas a profesionales y ciudadanía en general; la incorporación de programas en el sistema educativo que aborden y fomenten las relaciones intergeneracionales; el desarrollo de políticas específicas de buen trato y atención a las personas mayores; los protocolos de detección e intervención ante el maltrato; la formación en programas de empoderamiento, mejora de la autoestima, solución de conflictos, afrontamiento del estrés, etc., que capaciten en mayor medida a las personas mayores para desenvolverse en situaciones potencialmente hostiles. También contempla programas de intervención y apoyo a las personas cuidadoras, dado que la intervención con estas personas tras situaciones de maltrato tienen una gran incidencia en la disminución de la repetición de tales conductas [OMS, 2018]. En este sentido es importante señalar la necesidad de desarrollar acciones de apoyo a las personas cuidadoras para la prevención e intervención ante situaciones de sobrecarga o del denominado síndrome del cuidador.



Entre los esfuerzos que se han realizado, la OMS cita la notificación de casos a las autoridades competentes, los grupos de autoayuda, las casas de emergencia, teléfonos de asistencia y la intervención con profesionales y personas cuidadoras, como ejemplos eficaces para combatir el maltrato [OMS, 2018].

Por su parte algunos factores de protección contribuyen a compensar los factores de riesgo y paliar sus efectos. Es el caso de las personas mayores que residen en comunidades pequeñas y que disponen de una fácil accesibilidad a servicios geriátricos y a recursos sociales, estas personas tienen menor propensión a ser víctimas de malos tratos.

Como medidas a impulsar cabrían, entre otras:

- El potenciar la red social natural (vecindario, amistades) como elementos que favorecen la cohesión social entre todas las edades.
- Actuaciones integrales que favorezcan la coordinación de todos los sistemas de protección social para la atención a las necesidades de las personas mayores desde una perspectiva integral: necesidades básicas, formación, cultura, ocio, salud, promoción y desarrollo. Todo ello dependiendo de las capacidades, nivel de autonomía y aspiraciones de las personas mayores, dentro de una estrategia de envejecimiento activo, siempre incorporando la perspectiva cultural y de género.
- Eliminar barreras arquitectónicas en cuanto al acceso y promoción del diseño universal en instituciones, ciudades, viviendas individuales, etc.
- Una medida concreta frente a la de violencia de género que afecta a las mujeres mayores, sería la difusión del Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en el Principado de Asturias.

6.2. ÁMBITO RELACIONAL-DOMICILIARIO

El maltrato que ocurre en el ámbito relacional- domiciliario puede ser detectado principalmente a través de servicios sociales o sanitarios de nivel primario o en los hospitales e instituciones de tipo intermedio.

6.2.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que destacan por su prevalencia en este ámbito, están:

1. Relacionados con la propia persona mayor: ser mujer, tener mayor edad, viudedad, bajo nivel educativo, mala salud, comportamientos provocadores y/o agresivos, deterioro cognitivo, dependencia física o económica, desconocimiento de sus derechos, sintomatología depresiva, ansiedad, sentimientos de soledad y baja calidad de vida.
2. Relacionados con la persona responsable de los malos tratos, ser mujer, cónyuge o hijo/a de la persona mayor; presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad),



sentimientos negativos [ira, hostilidad], estrés o *síndrome de burnout*, inadecuada formación, abuso de sustancias, sufrir agresiones por parte de la persona mayor y la dependencia económica.

3. Relacionados con el contexto de la situación: mala calidad de la relación anterior y/o actual entre la persona mayor y la persona responsable del maltrato, aislamiento social, ausencia de ayuda formal e informal, historia previa de violencia familiar y los conflictos familiares.

6.2.2. Factores y medidas de protección y prevención

Los factores que ayudarían a disminuir la incidencia de malos tratos son los siguientes:

- Disponer de apoyos y recursos sociales próximos al domicilio atenúa las posibilidades de que los daños se puedan llegar a producir (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y/o asistencia sanitaria domiciliaria).
- Participar en grupos de autoayuda.
- Disponer de formación para cuidarse y cuidar en el caso de personas dependientes.
- La existencia de relaciones sociales satisfactorias, y en general los elementos que proporcionen un mayor nivel de autonomía, son factores que previenen situaciones potencialmente de riesgo en el ámbito relacional-domiciliario.

6.3. ÁMBITO INSTITUCIONAL

La Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) define el maltrato institucional como "toda acción u omisión relativa a una persona residente en una institución que causa perjuicio a la misma o le priva injustamente de su independencia" (OMS, 2003).

Hay que considerar que la propia institucionalización puede generar en sí misma una situación de daño al acoger a la persona en un espacio sometido a una regulación que modifica su estilo de vida y restringe su nivel de autogestión; incluso, en el mejor de los casos, le aleja de lo que le es más familiar separándole de la zona de confort que ha mantenido hasta entonces.

6.3.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo que alertan sobre la posible aparición de un maltrato en este ámbito, pueden tener origen tanto en la persona mayor, como en los/las profesionales o en la propia institución, tal y como se señala a continuación:

- Las características de la persona mayor: personalidad y conductas agresivas o pasivas, situación de discapacidad y/o dependencia con pérdida de autonomía, ser mujer y la carencia o fragilidad en el apoyo familiar.



- Los factores de riesgo más relevantes relacionados con el personal son: la falta de formación, la precariedad laboral, ciertos elementos que configuran algunas personalidades [escasa capacidad para tolerar la frustración, nivel bajo de empatía y asertividad, inseguridad] y el escaso reconocimiento social del papel del personal gerocultor y del conjunto de profesionales que se dedican al cuidado de las personas mayores.
- Los factores organizativos de la institución: instituciones con funcionamientos endogámicos [cerradas a la comunidad], infradotación de personal de atención directa, cuidados orientados a la supervivencia sin tener en cuenta gustos ni costumbres, escasez de medios materiales [espacios con barreras, carencia de productos de apoyo] y la ausencia de programas de formación continua para el personal.

6.3.2. Factores y medidas de protección y prevención

Ciertas características posicionan a las personas mayores en mejor situación para combatir los factores de riesgo que se desarrollan en un entorno institucionalizado.

En este sentido tienen menos posibilidades de sufrir maltrato las personas asertivas, las que disfrutan de un nivel de autonomía suficiente para procurarse autocuidados, las que requieren de menor necesidad de atención del personal, las personas que conocen sus derechos y la forma de ejercerlos y las que disponen del apoyo familiar y de una red social que les sirva de soporte.

En coherencia, una de las medidas preventivas de mayor eficacia pasa por conseguir empoderar a las personas mayores de forma que mejoren su autoestima y sean capaces de ejercer sus derechos.

Es importante facilitar el establecimiento de una red de prevención primaria como factor de protección relativo a la institución. Algunas de las medidas concretas que actúan como factores de prevención y/o protección son:

- Un catálogo de realización de actividades diversificadas adaptadas a las personas mayores que promuevan programas de tiempo libre y de ocio, actividades y situaciones que permitan a las personas residentes desarrollar estilos de vida similares a los previos a la institucionalización y que posibiliten continuar utilizando las redes sociales en las que participaban antes.
- La organización de la institución abierta a la comunidad y que se conciba como un apoyo a la familia, que facilite la presencia de ésta y a su vez de los apoyos que pueda proporcionar.
- El fomento de las relaciones intergeneracionales favoreciendo actividades que impliquen el encuentro y la interacción con personas jóvenes.
- La promoción del voluntariado juvenil y el voluntariado sénior en actuaciones de apoyo intergeneracional.
- El facilitar grupos de autoayuda a las familias de las personas residentes.
- Propiciar la formación continua y permanente del personal.



7 DETECCIÓN DEL MALTRATO, VALORACIÓN DEL RIESGO E INTERVENCIÓN

Como marco general de este capítulo procede tener en cuenta los siguientes principios generales de actuación:

- El objetivo de cualquier intervención en un caso de supuestos malos tratos ha de ser preservar la seguridad de la persona mayor.
- La sociedad tiene el deber de proteger a sus miembros, especialmente a los más vulnerables. En este punto, juegan un papel fundamental las instituciones y sus profesionales, que tienen la responsabilidad de velar por el bienestar de las personas mayores.
- La intervención ha de ser proporcional a la medida del riesgo al que está expuesta la persona mayor, siendo las medidas a adoptar lo menos restrictivas posibles para la persona mayor.
- La intervención ha de garantizar la confidencialidad respecto a la información a la que acceden las/los profesionales, garantizando que el trasvase de información entre profesionales de los distintos ámbitos implicados (social, sanitario, legislativo, etc.) se realice por los cauces adecuados de protección de la información.
- La persona mayor, siempre que sea competente para ello, tiene derecho a rehusar ayudas, prestaciones o intervenciones profesionales.
- La falta de conciencia de maltrato, por parte de la persona maltratada y/o de la per-





sona que lo provoca, no exime de responsabilidad moral a los individuos que provocan o son conocedores del mismo, independientemente de las connotaciones legales que pueda presentar cada caso.

En este protocolo para la detección e intervención sociosanitaria ante el maltrato de personas mayores, se diferencian dos procedimientos: uno para el ámbito relacional-domiciliario, que identifica las actuaciones desde los servicios sociales municipales y desde los servicios sanitarios y otro para el ámbito institucional, referido a los recursos de atención a personas mayores públicos y privados.

En cada procedimiento se incluye la secuencia de intervención así como los instrumentos de valoración y diagnóstico, que se recogen como anexos.

7.1. INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO RELACIONAL-DOMICILIARIO

La detección de una posible situación de maltrato hacia una persona mayor puede producirse por diversos cauces: la queja de la persona mayor manifestada a otra persona (profesional o no), la denuncia de un miembro de la familia, la valoración de profesionales de los servicios sociosanitarios, de profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad, una denuncia anónima, una amistad, etc.

Las consecuencias del maltrato a la persona mayor quedan reflejadas en el Anexo 2.

Independientemente del origen, la sospecha ha de ponerse en conocimiento de los servicios sociales municipales [SS.SS.MM.]. Esta notificación favorecerá la investigación en el medio domiciliario de ser permitido por la persona mayor o por el entorno relacional con el que conviva.

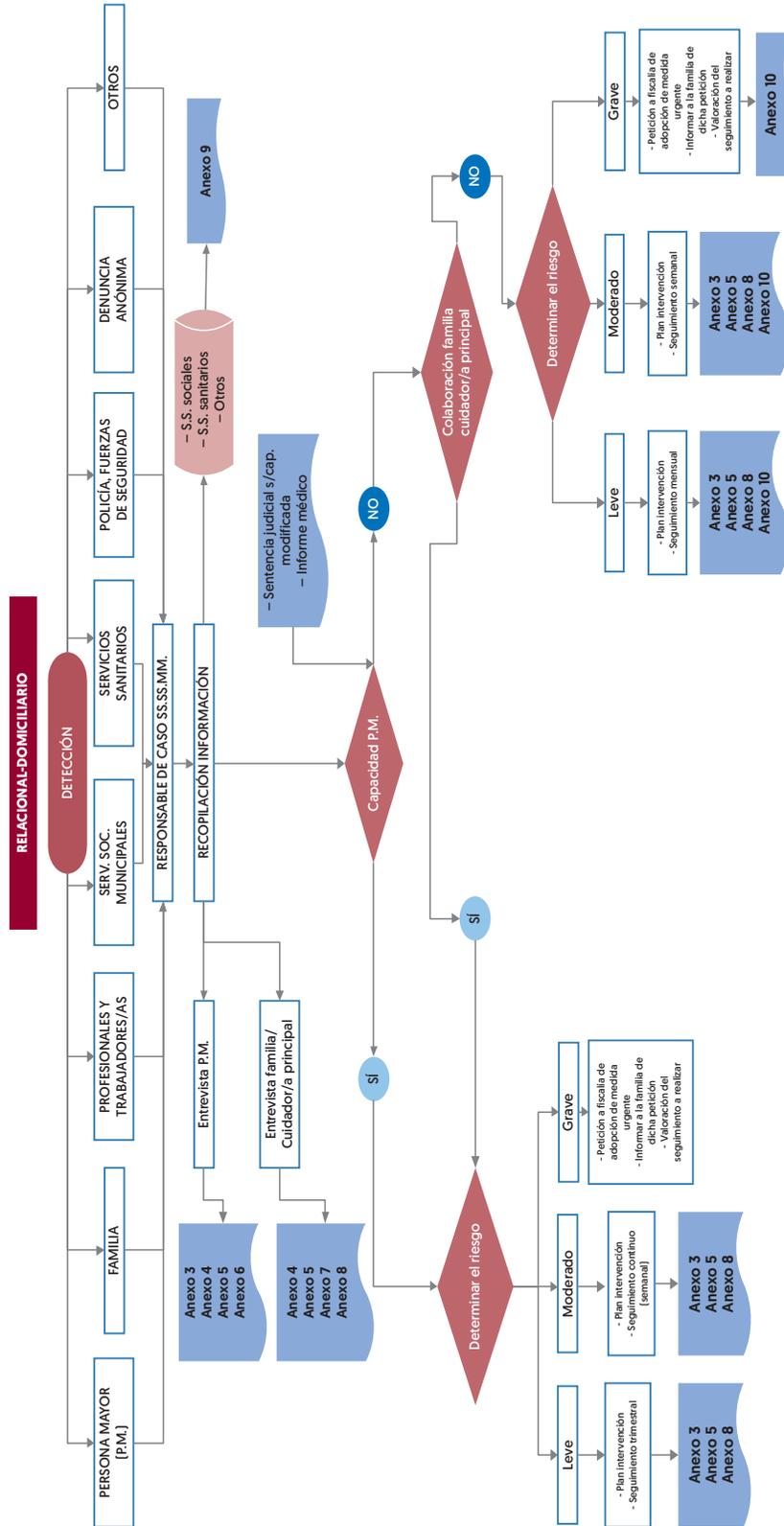
No obstante, la responsabilidad de la intervención dependerá del ámbito en que se detecte la situación, distinguiéndose en el documento los siguientes espacios de intervención:

- Servicios sociales municipales
- Servicios sanitarios:
 - Proceso general de intervención
 - Intervención desde las unidades de trabajo social sanitarias
 - Intervención desde el servicio de urgencias hospitalarias
 - Intervención desde atención primaria

A continuación, se detallarán los procesos de intervención desde cada servicio estableciendo pautas de coordinación entre ambos.



7.1.1. Intervención en el ámbito relacional-domiciliario desde los servicios sociales municipales
Gráfico 3. Flujoograma de intervención desde los servicios sociales municipales



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia.



Una vez recibida la notificación de un posible caso de maltrato, los servicios sociales municipales establecerán un/a responsable del caso que iniciará una investigación y, para ello, de forma paralela, recopilará la posible información existente de la persona, su familia y entorno y llevará a cabo entrevistas tanto a la persona mayor [Anexos 3, 4, 5 y 6] como a la posible persona señalada, inicialmente, como responsable del mismo [Anexos 4, 5, 7 y 8].

Los anexos propuestos deben entenderse como una herramienta de apoyo para la detección. El criterio técnico es el que aconsejará la pertinencia de aplicar unos anexos u otros en función de las características del caso o ser utilizados sólo parcialmente [ejemplo: persona mayor con alzhéimer no incipiente a quien no podría realizarse toda la batería de preguntas propuesta en los anexos]. Se trata de adaptarlos a cada situación en particular para obtener una información fiable, debiendo valorar en qué circunstancias puede resultar contraproducente la aplicación de alguno de ellos, posponiéndolo para un momento más propicio o descartándolo y buscando otras alternativas de investigación. La búsqueda de información implicará la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, garantizando así una actuación integral y coordinada [Anexo 9].

De esa recopilación de información, la/el responsable del caso podrá extraer varias conclusiones: los factores de riesgo que presenta la persona mayor, los que presenta la persona posible responsable, la existencia de indicadores de maltrato y la presencia de sobrecarga en la persona sobre la que principalmente recae, en su caso, el cuidado. Así mismo le permitirá conocer la capacidad para decidir que tiene la persona mayor. Puede existir una sentencia judicial de modificación de capacidad o, ante la inexistencia de la misma y sobre la base de la observación, el/la responsable del caso podrá solicitar a los servicios sanitarios un informe para conocer la capacidad mental y cognitiva de la persona mayor respecto a la toma de decisiones sobre su vida.

Con la información obtenida a través del anexo 5 se procederá a determinar el nivel de riesgo:

- *Riesgo Leve*: cuando exista una queja de maltrato y el resultado del anexo 5 afecte a más de un apartado y refleje un SI en 2 o más ítems por apartado, pero no se observan indicadores según anexo 3.
- *Riesgo Moderado*: existen factores de riesgo, tal y como se ha descrito anteriormente y se evidencian indicadores de maltrato según anexo 3.
- *Riesgo Grave*: existen varios indicadores según anexo 3 y suponen un riesgo extremo para la persona y hay intencionalidad en el maltrato, lo que hace prever la continuidad o repetición del mismo. En este caso la actuación ha de ser inmediata.

La intervención correspondiente a cada nivel de riesgo se articula sobre la capacidad de la persona mayor:

Persona mayor autónoma:

- *Si el riesgo valorado es leve*, se establecerá un Plan de intervención en el que se pautará un seguimiento trimestral en el que se volverán a registrar los factores de riesgo, los



indicadores y se valorará nuevamente la situación de sobrecarga de la persona sobre la que recae la tarea del cuidado (Anexos 3, 5 y 8).

- *Si el riesgo valorado es moderado*, la intervención se planteará con mayor intensidad y el seguimiento de la situación de la persona mayor será semanal, valorando los cambios o la persistencia de la situación y se adoptarán las medidas oportunas (Anexos 3, 5, y 8).
- *Si el riesgo valorado es grave*, la intervención contendrá medidas de protección urgentes para la persona mayor y en todo caso se informará de la situación de maltrato a la Fiscalía, informando a la familia de las medidas adoptadas. Así mismo se valorará los mecanismos para realizar el seguimiento.

Persona mayor en presunta situación de incapacidad:

Cuando la persona mayor presenta dificultades para decidir por sí misma, pero la familia y/o persona cuidadora colabora con los servicios sociales municipales, la intervención se planteará en función del riesgo, igual que para una persona con capacidad para decidir.

Cuando la familia o persona cuidadora no presta colaboración para llevar a cabo una intervención, ésta, en función del riesgo valorado será la siguiente:

- *Riesgo leve*: Plan de Intervención con seguimiento mensual, revisando la persistencia de factores de riesgo e indicadores (Anexos 3, 5, 8 y 10).
- *Riesgo moderado*: Plan de Intervención y seguimiento semanal, revisando la persistencia de factores de riesgo e indicadores (Anexos 3, 5, 8 y 10).
- *Riesgo grave*: la intervención contendrá medidas de protección urgentes para la persona mayor y en todo caso se informará al Ministerio Fiscal, informando a la familia de las medidas adoptadas (Anexo 10). Así mismo se valorará los mecanismos para realizar el seguimiento.

Para la comunicación al Ministerio Fiscal, se utilizará el anexo 10, que servirá como apoyo para la elaboración del informe social en el que se informará:

- a) De la necesidad de valorar la capacidad de obrar de la persona mayor
- b) De la situación de maltrato detectada

La comunicación y coordinación del caso entre los servicios sociales municipales y las unidades de trabajo social sanitarias se realizará mediante la cumplimentación del anexo 9, en el que se reseñará la información pertinente sobre la posible situación de maltrato, las vías de detección y las líneas básicas de la intervención de cara a establecer actuaciones conjuntas que redunden en beneficio de la persona mayor. El mismo recorrido se efectuará a la inversa cuando el caso sea detectado por los servicios sanitarios.



7.1.2. Intervención en el ámbito relacional-domiciliario desde los servicios sanitarios

Como se ha señalado anteriormente el ámbito relacional domiciliario corresponde al entorno de convivencia de la persona mayor, donde los servicios de salud desempeñan un papel fundamental en la detección e intervención coordinada con los servicios sociales municipales.

A continuación se desarrollará el proceso general de intervención desde los servicios sanitarios así como la intervención en los siguientes espacios específicos:

- Intervención desde las unidades de trabajo social sanitarias
- Intervención desde el servicio de urgencias hospitalarias
- Intervención desde atención primaria

7.1.2.1. Proceso general de intervención

La sospecha e intervención desde los servicios sanitarios constituye una modalidad importante de la intervención en el ámbito relacional-domiciliario, que ocurre cuando una persona mayor maltratada que se encuentra en su medio comunitario entra en contacto con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La diversidad de profesionales de los servicios sanitarios se encuentran en una posición ideal para detectar el posible maltrato. Los equipos multidisciplinares de salud (conformados por profesionales del ámbito de la medicina, la enfermería, la psicología y del trabajo social) favorecen el abordaje de la intervención de una manera integral, debiendo ser implicados todas y todos las/los profesionales relacionados con la persona mayor.

En los casos de la sospecha de maltrato se ha de permanecer alerta para reconocer aquellos signos que no concuerdan con la información recogida de la/del paciente. La dificultad aumenta cuando el/la paciente padece defectos cognitivos y presenta confusión o desorientación. En tal caso es recomendable localizar a la persona cuidadora, personas del vecindario o familiares, para confirmar los detalles y obtener información adicional que aclare la naturaleza de la lesión o su causa. La capacidad de observación de los/las profesionales es de extrema importancia en todos los casos, tanto si el estado mental de la persona mayor es funcional como si no lo es.

Los indicios de maltrato físico y/o negligencia/abandono a menudo no son evidentes y si bien es difícil detectar los aspectos psicológicos y materiales del mismo, puede que se observen escasos signos que indiquen una clara sospecha; por ello es preciso tener en cuenta otros posibles indicadores de abuso y malos tratos en la persona mayor (Anexo 2).

Las fases generales de detección e intervención serán:

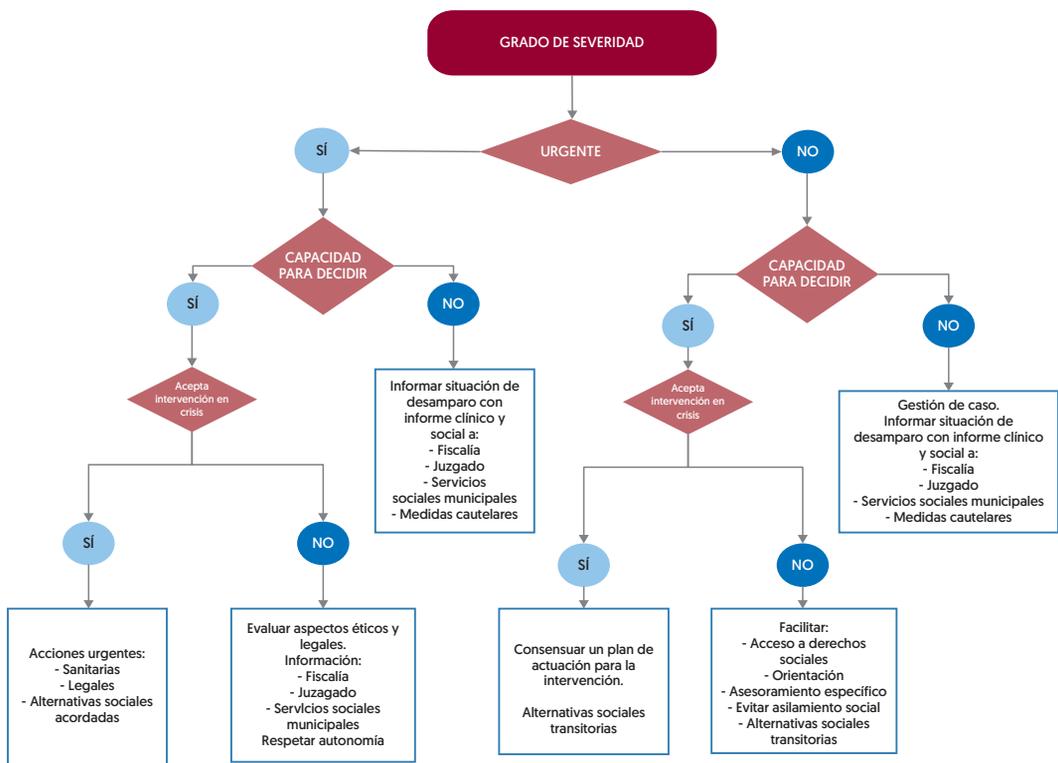
1. Anamnesis y entrevista [Anexo 12]
2. Exploración cuidadosa de signos físicos [Anexo 11]
3. Explorar actitudes, capacidad y estado emocional [Anexos 13 y 14]



4. Valoración social
5. Diagnóstico
6. Establecer un plan de intervención integral y coordinado

Si bien se detallará pormenorizadamente a continuación, destacar que la intervención ante situaciones de malos tratos a personas mayores desde los servicios sanitarios visualmente se resumiría en los siguientes procesos:

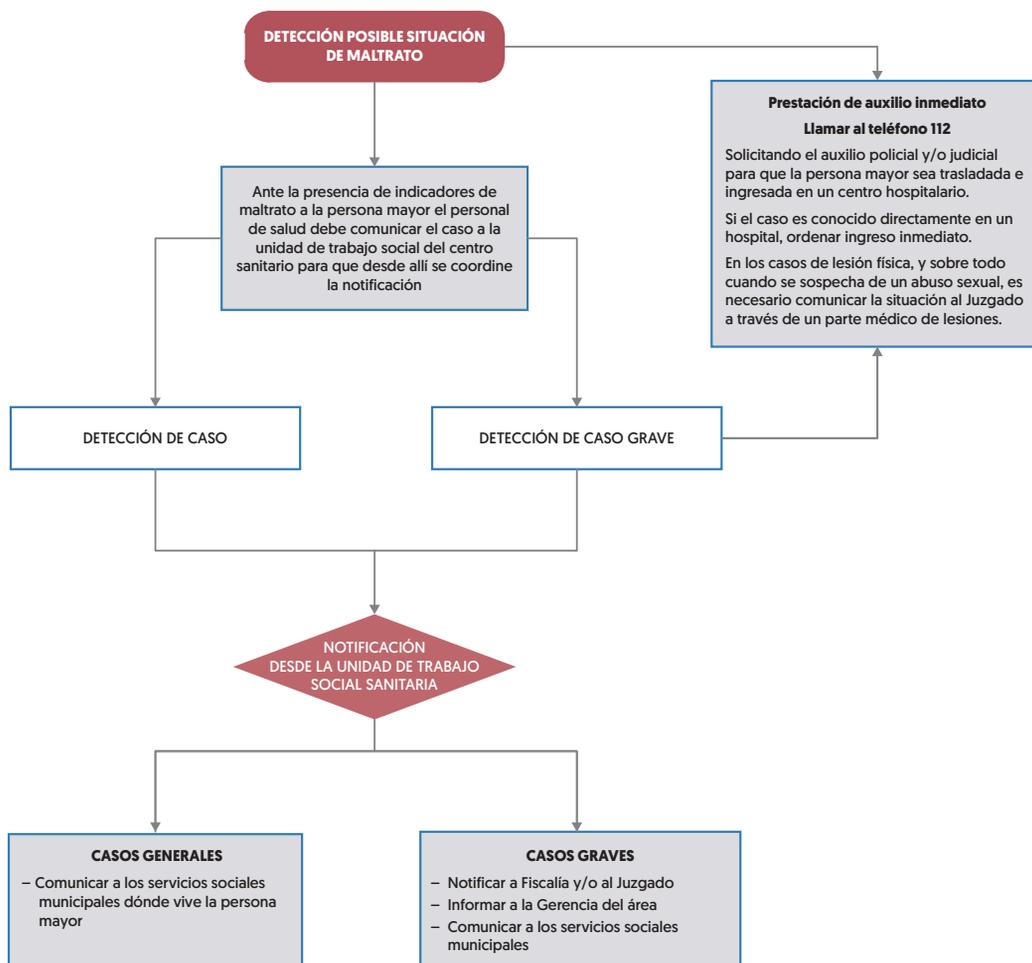
Gráfico 4. Flujograma de intervención general en los servicios sanitarios



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales - Consejería de Sanidad. Elaboración propia



Gráfico 5. Procedimiento de actuación social general ante la sospecha de maltrato a personas mayores desde una institución sanitaria

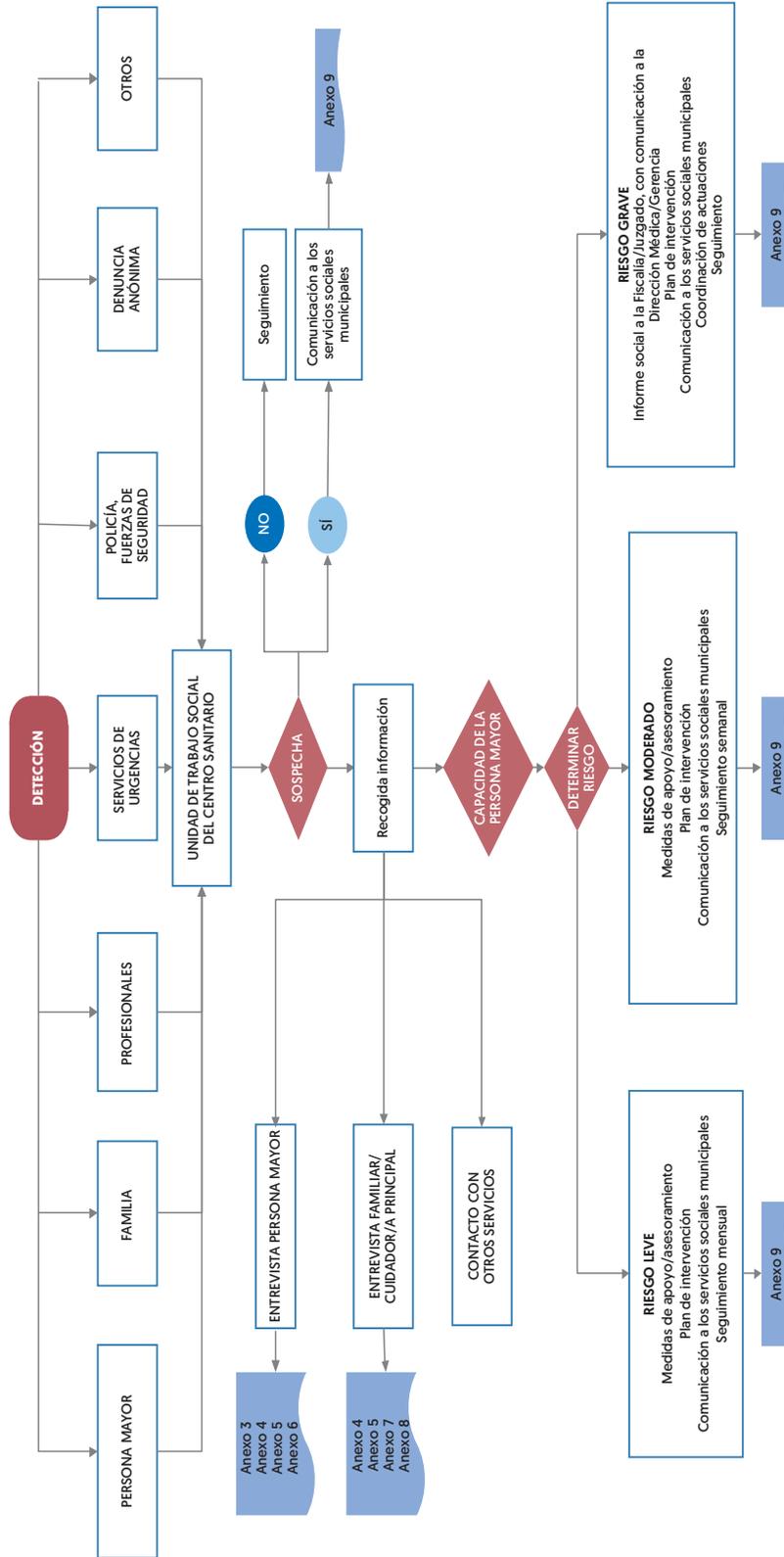


Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



7.1.2.2. Intervención desde las unidades de trabajo social sanitarias

Gráfico 6. Flujiograma de intervención desde las unidades de trabajo social sanitarias



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia.



En la unidad de trabajo social del servicio sanitario a la que se deriva el caso se establecerá un/a responsable que iniciará una investigación y, para ello, de forma paralela, recopilará la información existente de la persona, de su familia y de su entorno, y efectuará entrevistas a la persona mayor [Anexos 3, 4, 5 y 6] y a la persona sospechosa de infligir el maltrato [Anexos 4, 5, 7 y 8].

La búsqueda de información implicará la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, garantizando ambos una actuación integral y coordinada con la persona mayor y su entorno. Cuando la detección se efectúe por profesionales de la unidad de trabajo social o bien, le sea comunicada a esta por otros servicios sanitarios, la coordinación del caso corresponderá a la primera.

La intervención o investigación podrá ampliarse con otros instrumentos: prueba APGAR de evaluación de la funcionalidad familiar, escala de Mcgoldrick, genogramas en la evaluación familiar, etc.

Durante toda la intervención profesional debe prestarse el auxilio inmediato. Si la intervención se realiza desde el centro de atención primaria, se valorará si se contacta con el teléfono de emergencias 112, solicitando el auxilio policial y/o judicial para que la persona mayor sea trasladada e ingresada en un centro hospitalario. Si el caso es conocido directamente en un hospital, según la gravedad, se ordenará el ingreso inmediato. En los casos de lesión física, y sobre todo cuando se sospecha de un abuso sexual, es necesario comunicar la situación al Juzgado a través de un parte médico de lesiones [intervención detallada con posterioridad].

Se aconseja establecer un pre-diagnóstico social, y más tarde un diagnóstico definitivo tras consensuar el mismo junto con el equipo asistencial responsable y determinar la gravedad del caso. A continuación señalaremos la intervención a desarrollar comenzando por las de mayor gravedad:

- En caso de Riesgo Grave: Peligro extremo para la vida e intencionalidad de la conducta. Ante la confirmación de la desatención o certeza de existencia de maltrato, la unidad de trabajo social emitirá un informe social, con propuesta de medidas cautelares que junto con el informe clínico se enviarán al Ministerio Fiscal y/o al juzgado correspondiente. Se informará de tales actuaciones a la Gerencia del área sanitaria pertinente y a las unidades de trabajo social de los servicios sociales municipales
- En caso de Riesgo Moderado: El peligro no es extremo. Se detectan diferentes factores de riesgo. La unidad de trabajo social sanitaria en el contexto de una relación de ayuda:
 1. Trabajaré con la persona mayor sobre su percepción del maltrato y transmitirá apoyo.
 2. Fomentará la detección de apoyos que le proporcionen seguridad, y de servicios que le impidan el aislamiento social.
 3. Ayudará a elaborar un plan de acción respetando siempre la autodeterminación de la persona mayor.



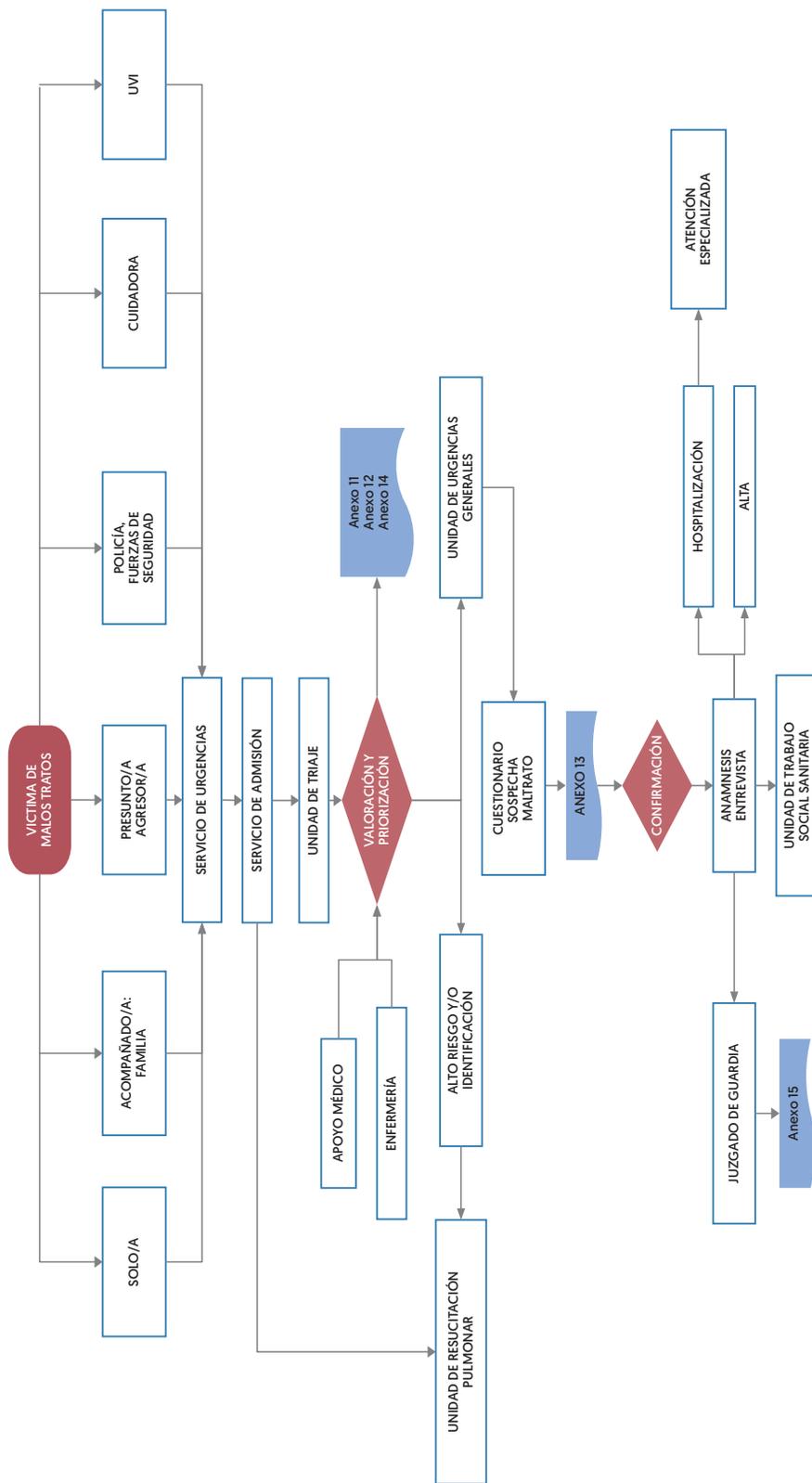
4. Ofrecerá los dispositivos necesarios (teléfono de emergencias, cuerpos de seguridad del estado, etc.) para poder solicitar ayuda, así como estrategias a seguir (determinar lugar donde guardar documentos, llaves, tarjetas de crédito, etc.) para poder mantener un cierto control sobre la situación.
 5. Valorará la situación de la persona susceptible de infringir el maltrato, si procede, y la posible descarga del cuidado, trabajando y consensuando un nuevo plan de cuidado que le permita normalizar su experiencia como persona cuidadora.
 6. Solicitará el consentimiento informado para remitir informe social a los servicios sociales municipales, al centro de atención primaria u hospitalaria, según proceda, para garantizar la continuidad asistencial. Una vez trasladada la información a los servicios sociales municipales se establecerá reuniones puntuales o coordinaciones con el fin de mantener un seguimiento de caso (Anexo 9).
- En caso de Riesgo Leve: Sospecha de maltrato. La unidad de trabajo social sanitaria ofrecerá apoyo para concienciar de la situación tanto a la persona mayor como a la persona presunta maltratadora. Informará de las distintas actuaciones que se pueden iniciar, proporcionando orientación y asesoramiento específico sobre las prestaciones sociales, solicitando el consentimiento informado para remitir informe social, según proceda, a los servicios sociales municipales (Anexo 9), centro de atención primaria o centro de atención hospitalaria, para garantizar el seguimiento del caso. Se establecerán reuniones puntuales o coordinaciones telefónicas con el fin de mantener una intervención plena en el caso.

La unidad de trabajo social sanitaria velará por el cumplimiento del procedimiento de intervención y realizará apoyo y seguimiento socio-familiar programado en la medida que cada caso requiera.



7.1.2.3. Intervención desde los servicios de urgencias hospitalarias

Gráfico 7. Flujoograma de intervención desde los servicios de urgencias hospitalarias



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



Cuando la víctima de malos tratos acude para recibir atención sanitaria en los servicios de urgencias de la atención especializada, es enfermería de triaje quien recibe y, ante las lesiones o síntomas del/de la paciente o la sospecha de que es víctima de los mismos, seguirá el protocolo de detección y actuación ante sospecha de maltrato a personas mayores del centro. En el caso de atención primaria, el personal médico o de enfermería será el primero en recepcionar a la persona, procediendo a indicar el procedimiento pertinente.

En el proceso de intervención se aplicarán los anexos 11, 12, 13, 14 y 15.

La persona puede llegar sola, acompañada por su familia, amistades, por su posible agresor/a o por los cuerpos y fuerzas de seguridad. También puede hacerlo en la UVI móvil medicalizada, debido a la gravedad y urgencia de sus lesiones como a la tipología de las mismas. A veces, en los primeros instantes, la víctima está presa de una sobrecarga o estrés psicológico intenso y necesita grandes dosis de amabilidad, sensibilidad y delicadeza en la recepción y posterior comunicación con la misma.

Es preciso que el servicio de enfermería de la unidad de triaje esté familiarizado con los indicadores de maltrato en las personas mayores y además escuche activamente a la víctima y acepte su relato de malos tratos. La entrevista se efectuará inicialmente con preguntas sencillas y directas sobre la violencia sufrida. Será confidencial, sin emitir juicios, apoyando y asistiendo a la persona mayor en sus decisiones. La atención que le ofrecerá a la víctima será lo más inmediata posible, actuando con especial cuidado en un ambiente aislado y tranquilo, intentando mantener su intimidad y estableciendo una relación de confianza con empatía y al mismo tiempo asertividad. El personal de enfermería le animará a que exprese sus preocupaciones y efectúe las preguntas que considere necesarias.

En los servicios de urgencia hospitalarios [S.U.H.] cuando se identifica a una persona en situación de posibles malos tratos, valorado esto inicialmente y establecidas las prioridades asistenciales, acorde con el nivel de atención requerido del/de la paciente, según el sistema de triaje Manchester, será asignada a un departamento del S.U.H. Será allí, en un ambiente tranquilo, donde se realizará la visita del personal médico, que con la colaboración de otro miembro del equipo multidisciplinar (ya sea personal de medicina, enfermería o auxiliar de enfermería) procederá a la valoración más completa de la persona, utilizando como herramientas la historia clínica, los protocolos de detección de malos tratos en persona mayores y una exploración física exhaustiva. La historia clínica es crucial para la identificación de la persona que pueda estar sufriendo malos tratos, realizando las entrevistas por separado a pacientes y sus cuidadoras/es y posteriormente una conjunta.

El personal médico del servicio de urgencias, tras valorar las lesiones que presenta la posible víctima y dependiendo del tipo y de la gravedad de las mismas, puede precisar la colaboración de personal de otras especialidades: traumatología, ginecología, urología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía, psicología-psiquiatría y/o geriatría.

Es fundamental en estos casos contar con la colaboración del personal del trabajo social del centro hospitalario en las 24 horas siguientes al ingreso o recepción del caso en el servicio de urgencias, pues proporcionará un soporte emocional a la persona mayor, realizará un diagnóstico social de la situación de la persona, y una valoración transversal del medio en el que se ha



detectado el comportamiento de maltrato; derivará a la víctima hacia otros servicios sociales externos o recursos especializados, previa información de cuanta información fuere necesaria, junto con otras actuaciones pertinentes en función del caso.

Los resultados de la valoración deben ser documentados, al igual que todos los datos que se hayan podido obtener en el Informe Médico de Urgencias y en el dossier de enfermería. Procede dejar constancia por escrito de todo lo que le hayan dicho en relación con las lesiones tanto el/la paciente como la persona cuidadora/familiar, identificando lo que dice cada una de esas personas y utilizando las palabras precisas entre comillas: el/la paciente afirma que “me dio patadas en la cabeza y en la espalda”, tiene más valor que: el/la paciente dice que su hijo o hija le dio patadas. También es necesario documentar cualquier discrepancia entre lo que cuenta la persona mayor y la persona cuidadora/familiar. Si el/la paciente dice que se cayó por las escaleras y la persona cuidadora/familiar, señala que se cayó de la cama, hay que incluir ambas opciones.

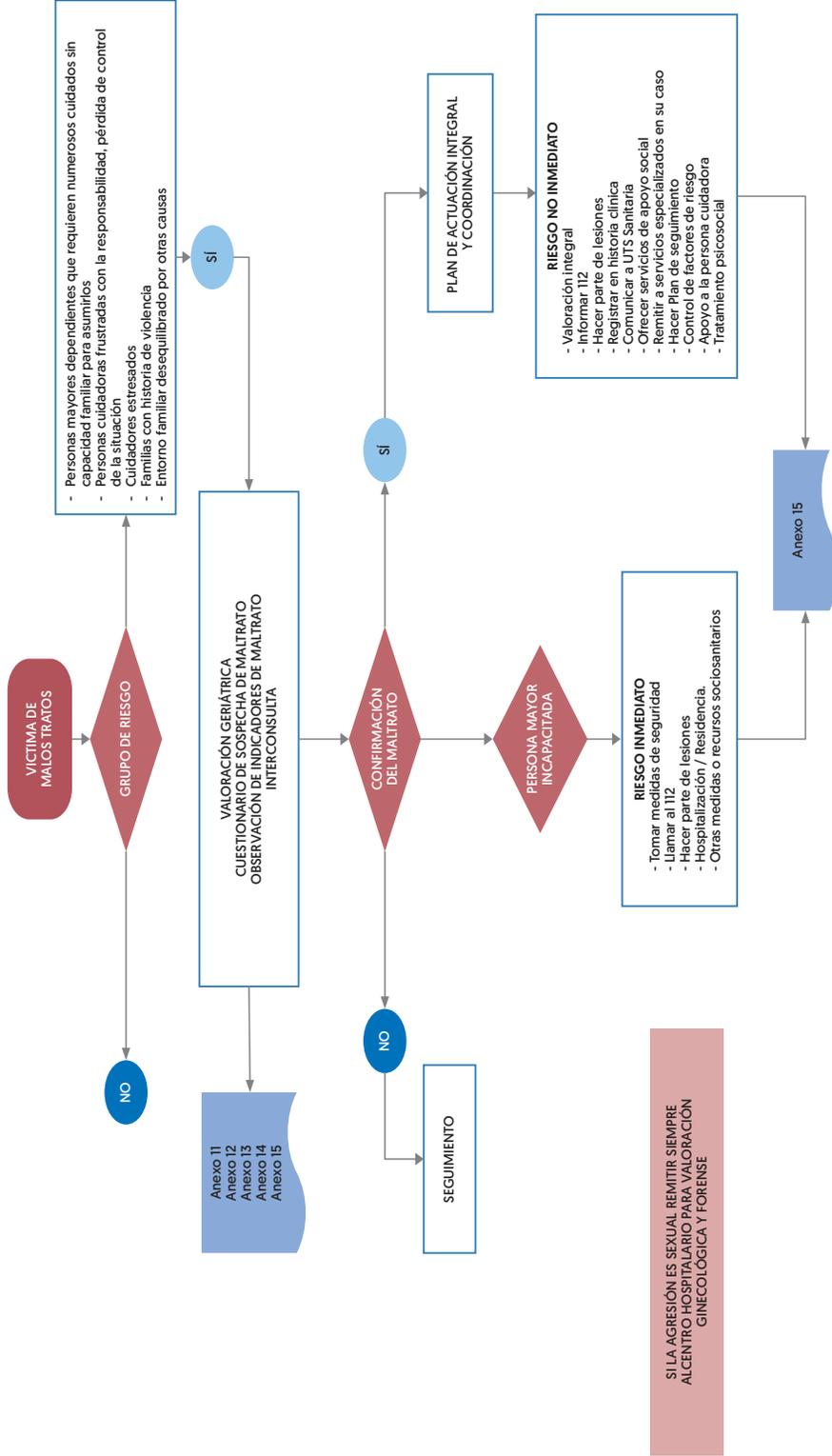
Para documentar la localización de las lesiones, deberá utilizarse un parte de lesiones que contenga todos los detalles de la agresión [Anexo 15], cumplimentándolo el/la profesional que le atendió antes de pasar por diferentes especialistas que le podrán seguir atendiendo. Se implementarán los datos [del personal facultativo, de filiación de la víctima, de interés médico-legal, naturaleza y descripción de las lesiones] y un anexo a la historia clínica con un dibujo para señalar las lesiones en el esquema corporal o fotografía de los daños observados, si se tiene consentimiento previo de la víctima, que sirva como instrumento oficial de comunicación con otras estructuras sanitarias de asistencia social, policial y judicial.

Si en las exploraciones practicadas se aprecian lesiones, el personal médico tiene la obligación legal en virtud del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de ponerlo en conocimiento del Juzgado de Guardia mediante el parte judicial de lesiones. Asimismo, procede comunicarlo a la unidad de trabajo social sanitaria para continuar con las intervenciones iniciadas con la persona mayor.



7.1.2.4. Intervención desde atención primaria

Gráfico 8. Flujiograma de intervención desde los servicios de atención primaria



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia.



Es vital la importancia de detectar posibles casos de maltrato en personas mayores que acuden a los centros de atención primaria, de ahí que, en las visitas rutinarias al centro, el personal sanitario es quien se encuentra en las mejores condiciones para detectarlos, debido en parte a la confianza que la persona mayor suele depositar en este tipo de profesionales. Preguntada la persona acerca de sus condiciones de vida, apoyos sociales, estado emocional, psicológico y observando cuidadosamente las actitudes del/ de la paciente hacia los miembros de la familia o acompañantes y su interacción en su medio habitual, realizando la anamnesis, realizando también las exploraciones físicas, psíquicas exhaustivas y completas, etc. Todo ello permitirá al personal de enfermería o medicina situarse en una posición privilegiada para detectar situaciones de malos tratos a personas mayores [Anexos 11, 12, 13, 14 y 15].

Para la entrevista con la persona mayor maltratada se utilizará el cuestionario, recomendado por la *Canadian Task Force* y la *American Medical Association*, que recoge cada uno de los tipos de abuso en una serie de preguntas, considerando sospecha de maltrato una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas. Aunque los abusos psicológicos son más difíciles de identificar en una entrevista, ciertas manifestaciones clínicas orientan acerca de la existencia de este tipo de abusos.

En la entrevista conjunta de la persona maltratada y personas cuidadoras, es fundamental identificar los factores que causan estrés en la relación entre-ambas. Se puede aprender mucho respecto a la relación existente entre paciente y persona cuidadora, si se presta atención al comportamiento que tienen cuando están juntas.

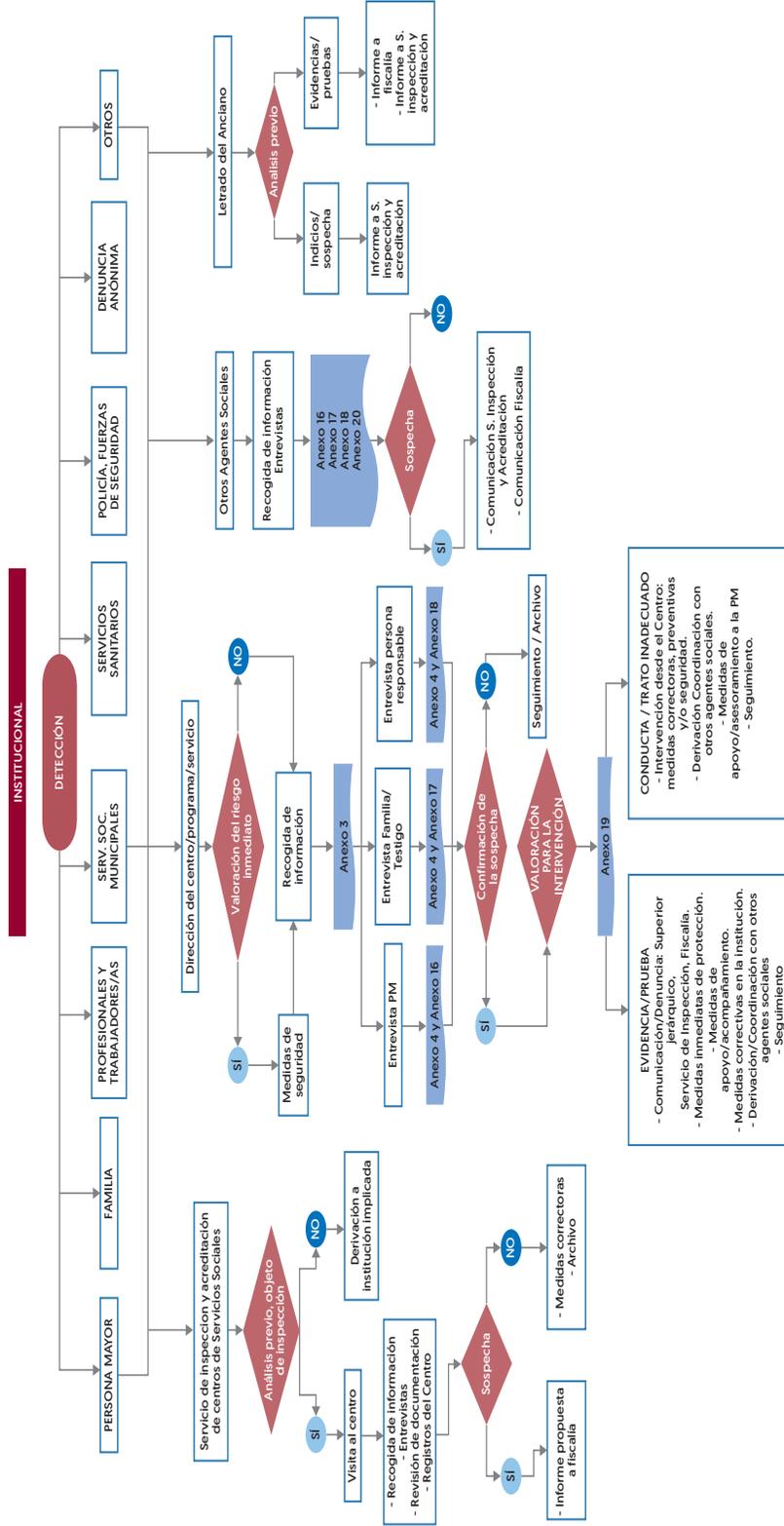
Realizada la anamnesis se efectuará una exploración física, que permita diferenciar el abuso de las enfermedades propias de las personas mayores y de los cambios asociados al envejecimiento.

Efectuadas las pertinentes exploraciones, si se aprecian lesiones el personal médico tiene la obligación legal en virtud del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de ponerlo en conocimiento del Juzgado de Guardia mediante el Parte Judicial de Lesiones [Anexo 15]. Asimismo, procede comunicarlo a la unidad de trabajo social del centro de atención primaria que realizará la intervención detallada anteriormente.



7.2. INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

Gráfico 9. Flujoograma de intervención en el ámbito institucional



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia.



El proceso de intervención ante el maltrato o prácticas negligentes en las instituciones se inicia con la detección de una posible situación de trato inadecuado a una persona mayor usuaria de un servicio, programa o establecimiento, público o privado.

El origen de la sospecha de las situaciones susceptibles de causar daño a la persona mayor puede venir de la queja de la persona mayor, de alguien de la familia, tutor/a, persona cuidadora, trabajador/a, o de otros servicios (p.ej. sanitarios). La intervención a desarrollar variará en función de quien reciba la queja, distinguiéndose entre:

7.2.1. Los Servicios de Inspección

Los servicios sociales y sanitarios cuentan con sus respectivos departamentos de inspección. La inspección en los servicios sanitarios corresponde al Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias y en los servicios sociales al Servicio de Inspección y Acreditación de Centros.

La inspección en servicios sociales debe configurarse como una competencia de control, no sólo de la adecuación de los centros y servicios a la normativa vigente en materia de requisitos materiales y organizativo funcionales, sino también de vigilancia y respeto a los derechos de las personas destinatarias de los servicios. Asimismo, debe velar para que las personas reciban una atención adecuada a sus necesidades, es decir, una atención integral, integrada y personalizada. *[Ley 7/1991, de 5 de abril de asistencia y protección al anciano en sus artículos 22 y 23, la Ley 1/2003 de Servicios Sociales que dedica el Título VIII a la inspección y calidad (arts. 49 a 52) y los Decretos de desarrollo, esto es, el Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de los Centros y Servicios Sociales y lo aplicable transitoriamente del Decreto 79/2002]*

El personal inspector en el ejercicio de sus funciones tiene la condición de autoridad pública, para lo cual deben acreditarse como tales, pudiendo recabar si lo estiman oportuno para el cumplimiento de sus atribuciones el auxilio de otras instituciones públicas *[Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales]*. Además el personal inspector podrá:

- Entrar libremente en cualquier momento y sin previa notificación en todo centro o establecimiento-servicio sujeto a la Ley de Servicios Sociales.
- Efectuar pruebas, tomas de muestras, investigaciones, entrevistas o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de Servicios Sociales y demás normas que se desarrollen. Esto conlleva que se puede acceder a todos aquellos documentos, datos o información relativa que resulte necesaria y/o relevante en relación con el objeto de la inspección y con el ejercicio correcto de las facultades de inspección.
- Realizar cualquier actuación que sea necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

Las personas responsables de las entidades, centros y servicios, así como sus representantes y el personal a su servicio, tienen la obligación de facilitar las funciones de inspección en los siguientes términos:



- Posibilitar el acceso a las dependencias, obras e instalaciones.
- Permitir el examen de documentos, registros, libros y datos estadísticos.
- Cualquier otra actuación que conduzca a un mejor conocimiento de los hechos y contribuya a la finalidad de la inspección.
- Suministrar cualquier información necesaria para el cumplimiento de la normativa en materia de servicios sociales.

Metodología de la actuación:

Una vez producida la denuncia o puesta en conocimiento de los hechos al Servicio de Inspección y Acreditación de Centros, el procedimiento a seguir comienza con el análisis de la denuncia, la valoración de los hechos denunciados para comprobar que es objeto del Servicio de Inspección o, si es preciso, derivar a la institución implicada (Inspección de Trabajo, Inspección de Salud, etc.). Para comprobar el contenido de los hechos denunciados se procede a efectuar visita de inspección al centro, que se desarrollará con los protocolos existentes (fichas de chequeo). En presencia de la persona titular o responsable de la entidad, servicio-centro, o de aquella persona que asuma sus funciones en su ausencia, y se levantará acta de los hechos constatados, que será firmada por la persona titular/responsable del centro o en su defecto por quien recibe la inspección y por el personal inspector/a actuante, entregándose una copia de la misma a quien se haya inspeccionado.

En el caso de no corroborar la sospecha de maltrato, y si procede, se pueden adoptar medidas correctoras.

En el caso de comprobar indicios de maltrato que pudieran ser constitutivos de delito o falta, lo comunicará a la autoridad judicial, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Ministerio Fiscal o al órgano administrativo competente.

7.2.2. Dirección del centro/programa/servicio

En el caso de que la queja/denuncia/sospecha sea recibida por profesionales del mismo centro/programa/servicio donde se produce, la responsabilidad de resolver esta situación se sitúa en la dirección del mismo. En líneas generales, la toma de decisiones seguirá los pasos señalados en el flujograma:

En primer lugar se realizará una valoración del riesgo inmediato. A la vista de la información se deberá estimar la necesidad de adoptar medidas urgentes encaminadas a garantizar la seguridad de la persona mayor. Dichas medidas serán provisionales mientras se analiza en profundidad la situación.

En el caso de que estas disposiciones trasciendan a la mera organización del centro dicha queja se pondrá en conocimiento del órgano administrativo competente (Servicio de Inspección y Acreditación, Gerencia del Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias [ERA], etc.) que determinará las subsiguientes actuaciones que se han de llevar a



cabo. Si procede continuar la investigación desde el centro esta correrá a cargo de un equipo multidisciplinar designado por la dirección [Anexo 3].

Se realizará una recogida de información a través de una entrevista a la posible víctima [Anexo 4 y 16] para obtener información sobre el tipo de conducta inadecuada, frecuencia de la misma, vivencia personal ante los hechos investigados, etc.

Asimismo se entrevistará a la persona que informa de los hechos: familiar, testigo u otras personas informantes [Anexo 4 y 17].

Finalmente se entrevistará a la persona presunta responsable de la situación [Anexos 4 y 18]. Se valorará entre otras circunstancias las características de la relación con la persona mayor, la existencia de conflictos en la convivencia, estado de salud, así como otros factores relacionados con la labor de cuidado.

Es importante destacar que estos instrumentos se plantean como una herramienta de apoyo a la hora de llevar a cabo las entrevistas, pudiendo ser utilizadas o no a criterio de las/los profesionales en función de cada situación.

A partir de la información que hemos obtenido, se valorará la situación en función de los indicadores presentes y los factores condicionantes de los mismos (gravedad de la situación, características de la persona mayor, características de la/el posible responsable del trato inadecuado, etc.) y se determinará nuestra intervención [Anexo 19]:

1. Si se *confirma la existencia de una situación de maltrato*, a través de las evidencias detectadas en los pasos anteriores, la intervención ha de establecerse teniendo en cuenta la gravedad de la situación y la aceptación o la negativa a intervención por parte de la persona mayor. Se informará de ello a la persona mayor afectada y al/la tutor/a u otras personas de la familia en el caso de que la persona se encuentre incapacitada o presente deterioro cognitivo que le afecte en la toma de decisiones.

En los centros públicos se informará a superiores jerárquicos/as [Consejería de Servicios y Derechos Sociales, Gerencia del ERA] y al Servicio de Inspección y Acreditación, para que lleven a cabo las actuaciones pertinentes. Con respecto a la presentación de la denuncia ante la Fiscalía o el Juzgado, la responsabilidad de formalizarla será de la persona titular de la dirección del centro o, en su defecto, la persona designada por superiores jerárquicos/as.

En este punto es importante reseñar que al objeto de garantizar la protección y seguridad de la persona mayor afectada, la dirección del centro pondrá en conocimiento de la autoridad competente aquellos casos que, debido a su alcance, requieran de una intervención inmediata aun cuando la persona mayor no quiera denunciar.

Asimismo, por parte de la institución se establecerán las medidas correctivas, de protección, apoyo y asesoramiento a la persona mayor que se precisen. Se realizará un seguimiento semanal y todas las incidencias se registrarán detalladamente en su expediente personal.



El procedimiento descrito no es sustitutivo de las competencias que en la materia posee el Servicio de Inspección y Acreditación de Centros, quien deberá actuar conforme a ellas.

2. En el supuesto de que una vez valorada la información recopilada (Anexo 19) se concluya que se ha producido un *trato inadecuado* que no presenta riesgo inmediato para la persona mayor, se intervendrá desde el centro con medidas correctoras, preventivas y/o de seguridad tendentes a erradicar estas conductas, a la vez que se establecerán medidas de asesoramiento/apoyo a la persona mayor que serán supervisadas al menos una vez al mes.

7.2.3. Otros agentes sociales

El personal socio sanitario (personal valorador de la dependencia, profesionales de los servicios sociales municipales, etc.) durante el desarrollo de su trabajo, ocasionalmente tiene acceso o interviene en instituciones de atención a personas mayores.

La recepción de una denuncia explícita en cualquier servicio sociosanitario conllevará, si fuese posible, la toma de una comparecencia a quién hubiese denunciado (familiar directo, persona del vecindario, etc.).

Ante la sospecha de malos tratos en una institución, el personal que interviene profesionalmente en el caso deberá darle máxima prioridad. Para ello, realizará una recogida de información procediendo a:

- Consultar antecedentes si los hubiera en su servicio.
- Contactar los distintos agentes sociales con los que hubiese tenido contacto la persona objeto de intervención: Centro de salud, servicios sociales especializados, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc.
- Realizar entrevistas por separado a la persona mayor y con la o las personas cuidadoras de la institución (Anexo 4, 16 y 18 en su caso).

Una vez realizado el procedimiento descrito y aplicado el Anexo 20, la actuación profesional podrá:

- 1) Desestimar la sospecha de malos tratos.
- 2) Constatar la existencia de malos tratos a la persona mayor procediendo a informar de la situación con carácter urgente al Servicio de Inspección y Acreditación del Principado de Asturias, al Ministerio Fiscal y a la Dirección del centro si procede.
- 3) Mantener la sospecha sin haber conseguido evidenciar el maltrato: se pondrá en conocimiento del Servicio de Inspección y Acreditación del Principado de Asturias para que tome las medidas correctivas que desde ese servicio se estimen oportunas.



7.2.4. Letrada/o del Anciano

En la intervención desde el órgano administrativo Letrada/o del Anciano es preciso diferenciar si la situación de maltrato a la persona mayor se sustenta sobre indicios o sospechas, o se poseen pruebas o evidencias de un maltrato.

En el primer supuesto, cuando únicamente se expresa la existencia del mismo pero no consta ninguna denuncia, informes médicos o psicológicos ni ninguna prueba que lo evidencie de una forma indubitada, desde la/el Letrada/o del Anciano se procederá a informar al Servicio de Inspección y Acreditación.

Cuando la institución, la persona mayor o cualquier persona (familiar, amistad, profesional, otra institución, etc.), pone en conocimiento de la/del Letrada/o la prueba de un maltrato, ésta/e lo trasladará al Ministerio Fiscal para que inicie el procedimiento pertinente, informando asimismo al Servicio de Inspección y sin perjuicio de arbitrar las medidas pertinentes que salvaguarden o protejan a la persona mayor.



8 PROCESO DE DISEÑO, PILOTAJE E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

8.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROYECTO

El proceso de diseño del documento se inició en julio de 2016 con la constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales relacionados con la atención a personas mayores. Las personas integrantes fueron seleccionadas teniendo en cuenta el carácter global del documento y los diferentes ámbitos en que estaba prevista su implementación. En él participaron los siguientes departamentos y recursos:

- Consejería de Servicios y Derechos:
 - Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Social
 - Dirección General de Servicios Sociales de Proximidad
 - Servicio de Inspección y Acreditación de Centros
 - Letrados del Anciano
 - Centro de Día de Personas Mayores Dependientes.
- Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias [ERA]: Centros Polivalentes de Recursos de Personas Mayores
- Servicios Sociales Municipales: responsables de programas de los Ayuntamientos de Oviedo y Avilés
- Unidad de Igualdad de Género
- Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias



El grupo asumió la tarea de redactar el borrador inicial, estableciendo su estructura general y contenidos diferenciados por ámbitos de intervención.

Durante el proceso de redacción se incorporaron al grupo de trabajo profesionales de la Dirección General de Salud Pública, de la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y miembros de un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios sobre la atención al maltrato a personas mayores en el ámbito de salud. Se acordó así la elaboración de un protocolo sociosanitario de acción conjunta y coordinada.

Dado el carácter práctico del documento se hacía necesario contrastar su validez en la realidad por medio de un proceso de aplicación experimental en diferentes servicios y recursos. El objetivo general a lograr con el desarrollo del proceso de pilotaje ha sido obtener un protocolo de intervención ante el maltrato a personas mayores contrastado en la práctica asistencial, que incorpore las mejoras necesarias para garantizar su pertinencia y validez.

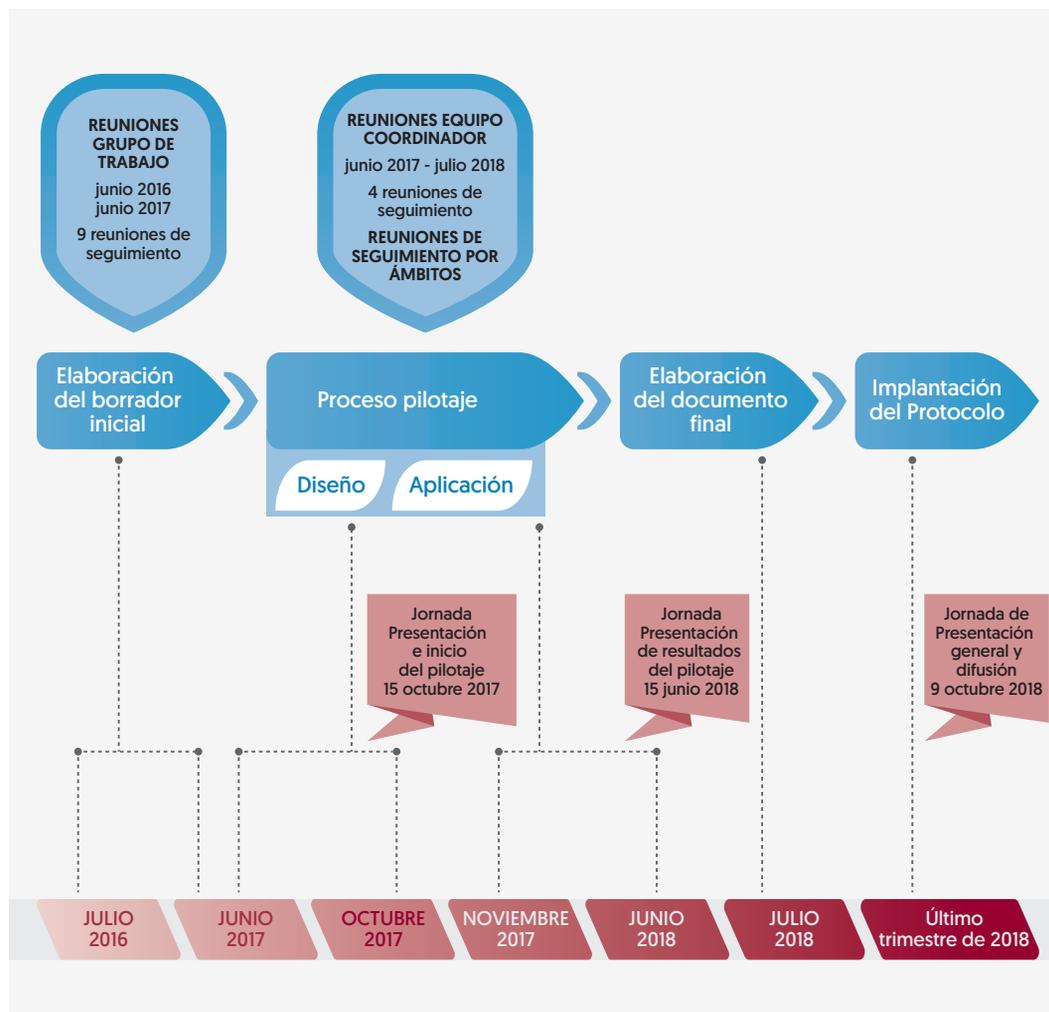
Así mismo se plantearon como objetivos específicos:

- Identificar casos reales de maltrato a personas mayores
- Validar las herramientas de intervención (cuestionarios, indicadores, escalas, etc.) mediante su aplicación a casos prácticos
- Verificar los procesos de coordinación/notificación/flujogramas recogidos en el documento inicial
- Recoger de propuestas de mejora a incorporar al documento final



8.2. ENFOQUE METODOLÓGICO Y FASES DEL PROCESO DE PILOTAJE

Gráfico 10. Cronograma de elaboración del documento



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



Como muestra la figura anterior el proceso se llevó a cabo en las siguientes fases:

- Julio 2016 – Junio 2017: Tras la constitución del grupo de trabajo se realizó una revisión bibliográfica sobre la materia y se definió la estructura del documento. Los miembros del grupo fueron redactando los contenidos, poniéndolos en común en las reuniones de seguimiento, hasta obtener el borrador inicial.
- Junio 2017 – Octubre 2017: Se estableció un equipo coordinador del pilotaje integrado por profesionales que formaban parte del grupo inicial de los siguientes servicios y recursos:
 - Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Social
 - Dirección General de Servicios Sociales de Proximidad
 - Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias
 - Dirección General de Salud Pública
 - Dirección General de Planificación Sanitaria
 - Servicios Sociales Municipales

Dicho equipo definió el procedimiento para llevar a cabo la aplicación experimental: metodología, centros participantes, indicadores e instrumentos de evaluación.

El 18 de octubre de 2017 se realizó una Jornada de presentación del documento a los/las profesionales de los recursos implicados, que supuso el inicio del proceso de aplicación experimental. Contó con la participación de 100 profesionales y en ella se profundizó en los contenidos y proceso de elaboración, objetivos del proyecto piloto y se constituyeron mesas de trabajo para el manejo práctico del documento.

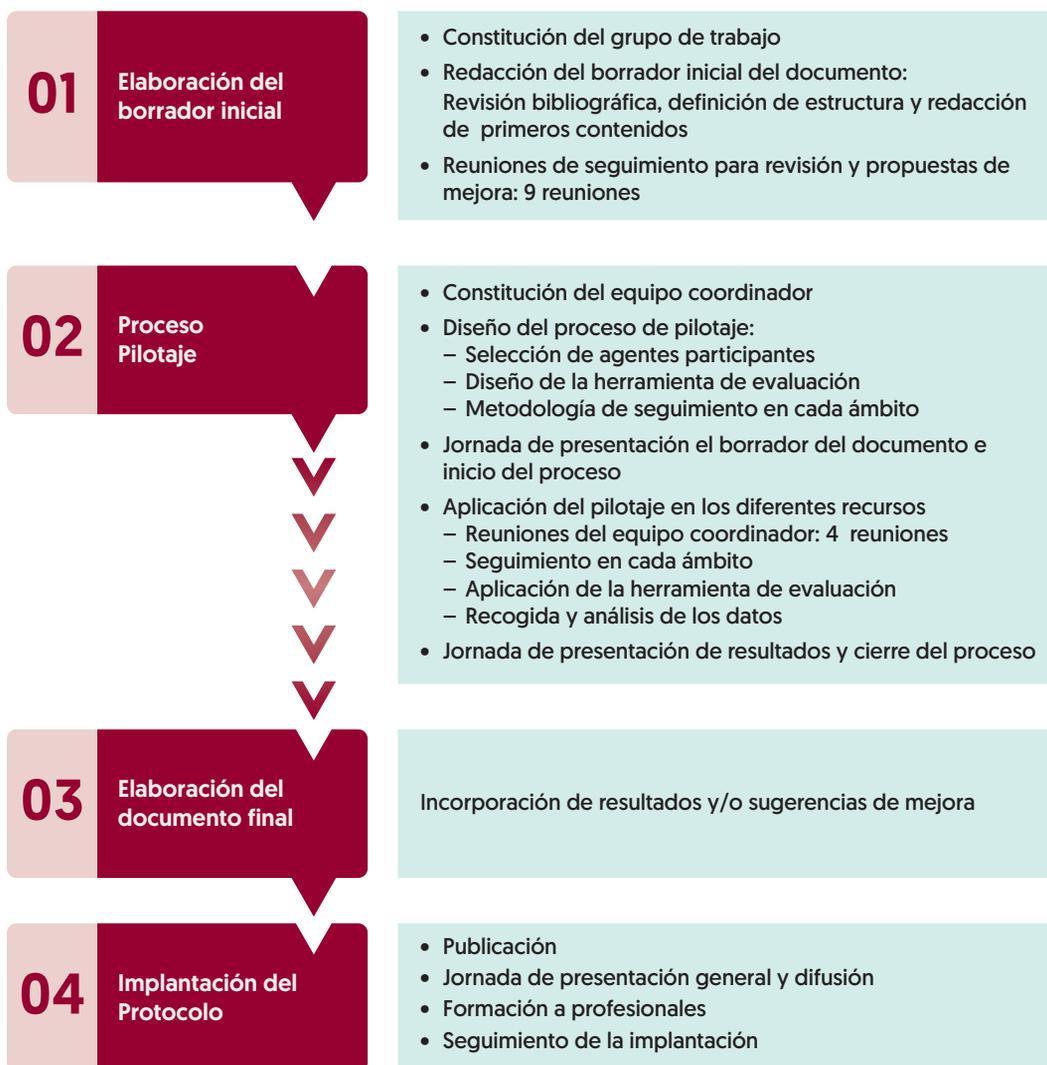
- Noviembre 2017 – Junio 2018: Tuvo lugar el proceso de pilotaje del protocolo, para lo que se llevaron a cabo las reuniones de seguimiento para comprobar la marcha del proceso.

Finalizado el periodo de prueba las conclusiones fueron nuevamente presentadas a los/las profesionales en un jornada técnica el 15 de junio de 2018, coincidiendo con el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, en la que también se expuso el desarrollo de la experiencia, los resultados obtenidos acerca de los casos identificados, de la validación de la herramienta y las mejoras incorporadas.

La siguiente figura muestra un resumen gráfico del proceso de elaboración del documento:



Cuadro 6. Fases y contenido del proceso de diseño, pilotaje e implantación



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

8.3. DISEÑO DEL PROCESO DE PILOTAJE

Dentro de este epígrafe se incluye los agentes participantes, el seguimiento efectuado y los indicadores de evaluación.



8.3.1. Agentes participantes

Para la definición del proceso de pilotaje a desarrollar y dado que el documento abarca diferentes ámbitos de intervención (servicios sociales generales, servicios sanitarios y recursos de atención a personas mayores), se procedió a la selección de los agentes participantes bajo los siguientes criterios:

- Abarcar diferentes áreas sociosanitarias
- Diferentes tipologías de recursos: Tamaño, ubicación, entorno, etc.
- Complementariedad entre los ámbitos

El pilotaje se llevó a cabo en un total de 28 recursos y contó con la participación de 138 profesionales. Los gráficos 11 y 12 muestran la distribución territorial de los recursos participantes en las 8 áreas sanitarias y de servicios sociales.

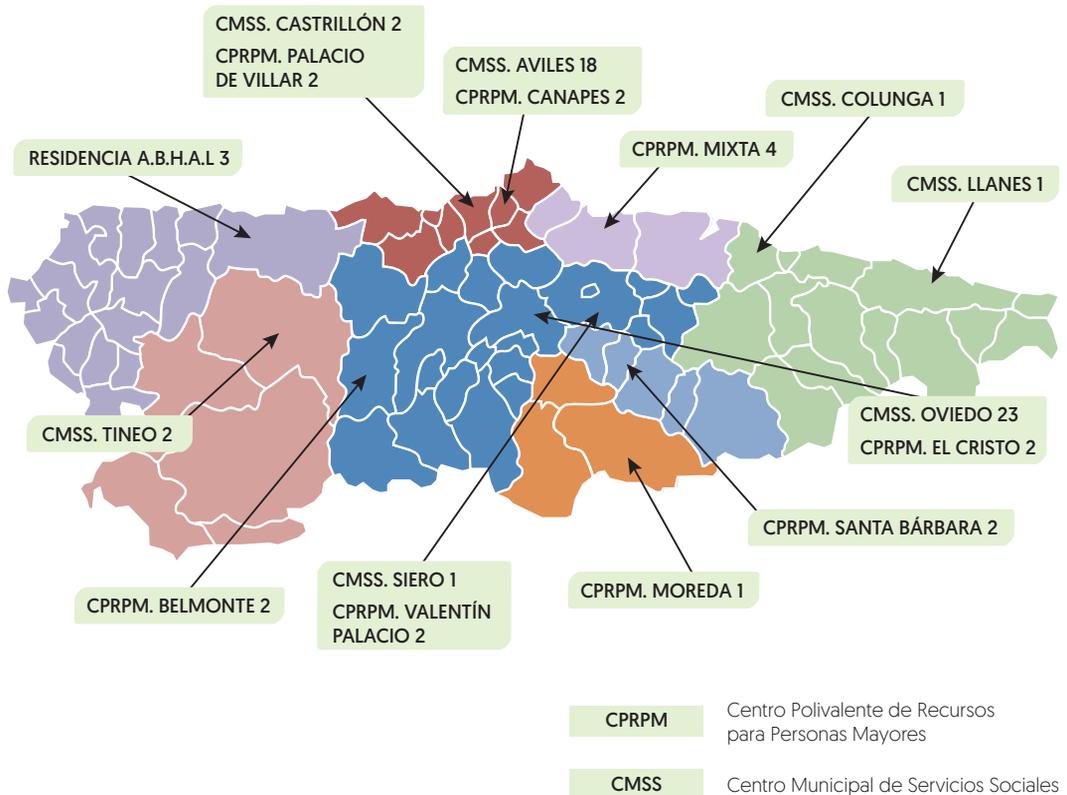
A continuación se detalla su distribución por ámbitos:

ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES:

Han participado 16 dispositivos y 70 profesionales en los siguientes recursos:

- Servicios sociales generales de los Ayuntamientos de Oviedo, Avilés, Tineo, Siero, Castrillón, Llanes, Ribadedeva, Colunga y Caravia.
- Recursos de atención a Personas Mayores:
 - Centros Polivalentes de Recursos para Personas Mayores [CPRPM] dependientes del Organismo Autónomo ERA: CPRPM “El Cristo” [Oviedo], CPRPM Mixta [Gijón], CPRPM Canapés [Avilés], CPRPM Palacio de Villar [Castrillón], CPRPM Valentín Palacio [Siero], CPRPM Santa Bárbara [San Martín del Rey Aurelio], CPRPM Moreda [Aller] y CPRPM Belmonte.
 - Residencia privada asociación benéfica hospital –asilo de Luarca [ABHAL].

Gráfico 11. Distribución de recursos y profesionales implicados en el ámbito de servicios sociales



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

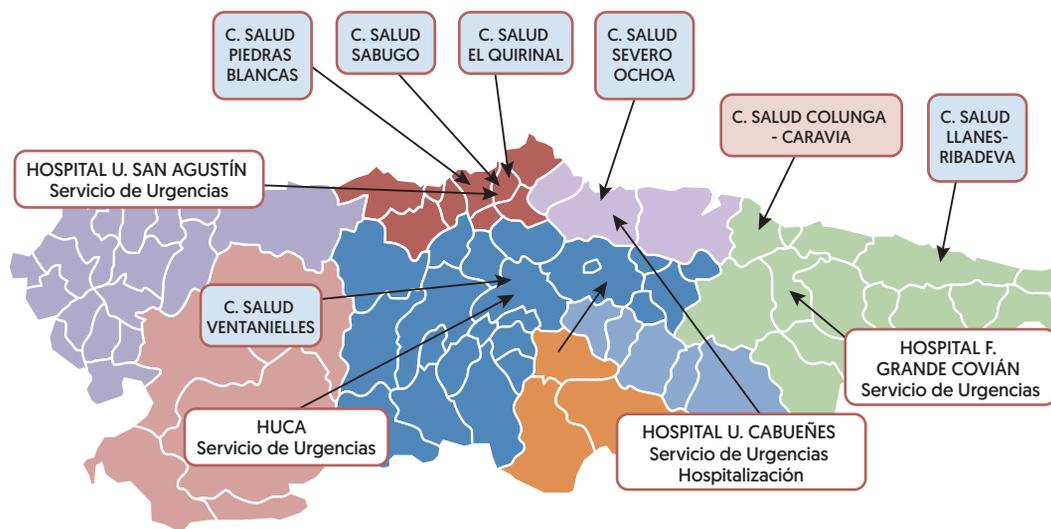
ÁMBITO SANITARIO:

Han participado un total de 68 profesionales en 12 dispositivos:

- Centros de Salud Piedras Blancas [Castrillón], Sabugo y El Quirinal [Avilés], Ventanielles [Oviedo], Pola de Siero [Siero], Severo Ochoa [Gijón], Llanes-Ribadedeva y Colunga-Caravia.
- Hospitales: Servicio de Urgencias del HUCA [Oviedo], Hospital de Cabueñes [Gijón], Hospital San Agustín [Avilés] y Hospital Francisco Grande Covián [Parres].



Gráfico 12. Distribución de recursos implicados en el pilotaje en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

8.3.2. Seguimiento

La variedad de recursos implicados requirió de la realización de diferentes reuniones de seguimiento en cada ámbito:

- **En los servicios sociales municipales**, las coordinadoras del pilotaje, mantuvieron sesiones informativas iniciales con las/los profesionales implicadas para profundizar en los contenidos y el manejo de los distintos instrumentos a utilizar. El seguimiento se realizó mediante contactos telefónicos, vía e-mail y presenciales (más de 50 en total), aclarando posibles dudas y realizando un seguimiento de los casos, indicadores y propuestas de mejora.
- **En el ámbito institucional**, el pilotaje se circunscribió a la vía Dirección del Centro/ Programa/Servicio y se optó por la realización de 4 reuniones de seguimiento y trabajo con los representantes de los recursos implicados, utilizando como soporte para la revisión del documento casos prácticos.
- **En el ámbito sanitario** se constituyó un grupo coordinador con los responsables de cada área, que mantuvieron 4 reuniones de seguimiento. Se presentó a los centros participantes el Protocolo y se realizó un estudio de la codificación CIE 9, CIE 10 y CIAP2 y la definición de la información a transferir a SSMM.

Así mismo se incorporaron los anexos a la aplicación SELENE y OMIAp para el posterior trabajo de campo, difusión y cumplimentación de cuestionarios en cada Área Sanitaria.



8.3.3. Indicadores de evaluación

El equipo coordinador diseñó un cuestionario específico de evaluación con las siguientes categorías e indicadores:

1. Identificación de casos: en el que se recogen un conjunto de datos sociodemográficos relativos a:

- Perfil de la persona mayor con sospecha de sufrir maltrato: edad, sexo, estado civil, convivencia, patologías, etc.
- Perfil de la persona con sospecha o evidencia de realizar maltrato: edad, sexo, relación de parentesco y tiempo de convivencia.
- Tipología de maltrato: físico, psicológico, sexual, económico y negligencia o abandono.
- Valoración de la gravedad: leve, moderada, grave y muy grave.

2. Validación del Protocolo: recoge la opinión de los/as profesionales mediante una escala cualitativa de rangos de calidad [Nada – Poco – Suficiente – Útil - Muy útil] con respecto a:

- Validación de la herramienta:
 - Utilidad para la praxis profesional
 - Adecuación del flujograma
 - Utilidad de los anexos
 - Pertinencia – Secuencia de las preguntas
 - Fiabilidad
- Correspondencia con la realidad de la intervención
- Impacto de la aplicación: influencia en el trabajo diario y ayuda a la visualización de la problemática

El cuestionario fue cumplimentado por el conjunto de profesionales que participaron en el proceso y remitido al equipo coordinador al final del periodo del pilotaje, siendo presentados posteriormente los resultados en una jornada técnica.

8.4. RESULTADOS DEL PROCESO DE PILOTAJE

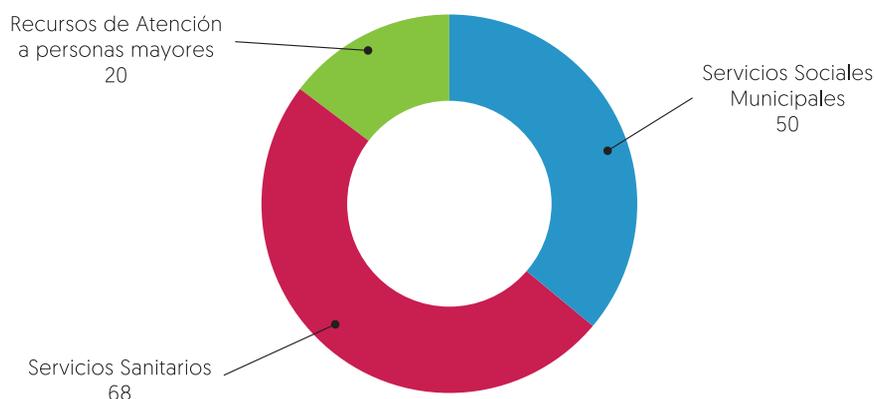
A continuación se exponen los resultados obtenidos agrupados en dos ámbitos: servicios sociales, que abarca a los servicios sociales municipales y centros residenciales de personas mayores, y servicios sanitarios.



8.4.1. Datos de profesionales participantes

El proceso de prueba ha contado con la participación de 138 profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas: trabajo social, psicología, medicina, enfermería, educación social y pedagogía.

Gráfico 13. Número y distribución de profesionales implicados en el pilotaje



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

8.4.2. Casos objeto del pilotaje

A la hora de detallar los resultados es necesario señalar las siguientes consideraciones iniciales:

- Se ha aplicado el protocolo sobre un total de 34 casos reales
- Se han identificado casos en todos los ámbitos
- Coincidencia de los perfiles identificados en los servicios sociales y servicios sanitarios, que se detallan a continuación.

Cabe señalar que los gráficos recogidos en este apartado reflejan el número de casos detectados para cada una de las variables.

IDENTIFICACIÓN DE CASOS EN SERVICIOS SOCIALES

En el ámbito de los servicios sociales, el Protocolo ha sido aplicado en un total de 19 casos reales de los que se extraen los siguientes datos:



El **perfil de persona mayor** que sufre maltrato es el de una mujer de 85-89 años, con patologías propias de la edad, dependencia grado 1 y deterioro cognitivo. Convive mayoritariamente con hijos y las relaciones familiares se identifican como conflictivas.

Gráfico 14. Edad de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales

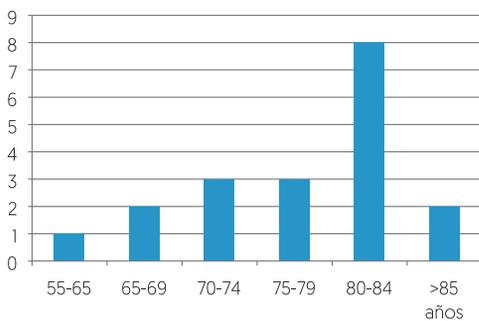
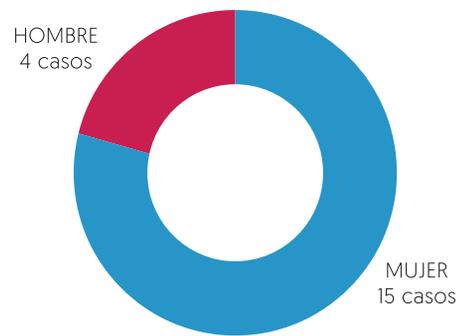


Gráfico 15. Sexo de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

Gráfico 16. Estado civil de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales

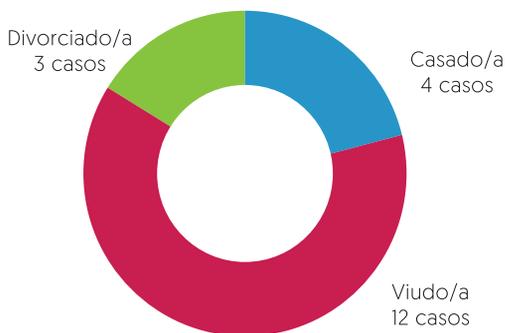
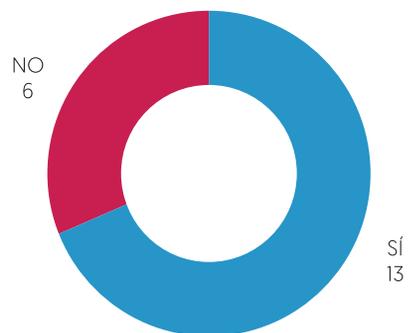


Gráfico 17. Deterioro cognitivo de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales - Consejería de Sanidad. Elaboración propia

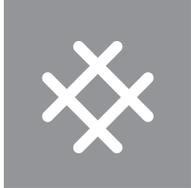


Gráfico 18. Convivencia de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales

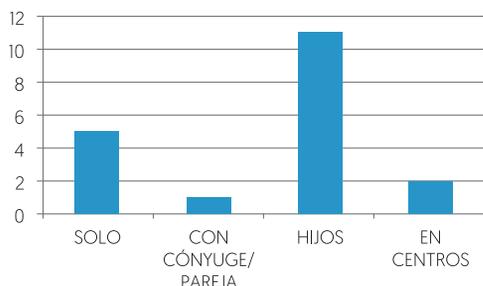
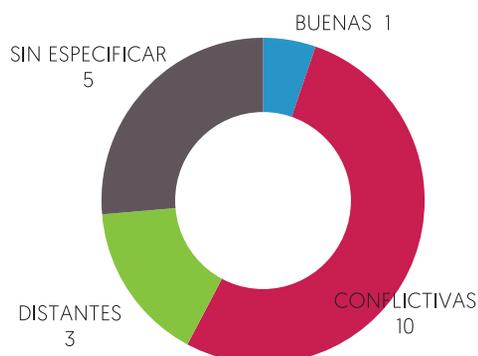


Gráfico 19. Relaciones familiares de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito de servicios sociales



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

El **perfil de la persona presunta responsable** de infligir maltrato es el de varón, hijo, con más de 15 años de convivencia, relaciones conflictivas y que comete maltrato económico y/o negligencia en grado leve.

Gráfico 20. Edad de la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales

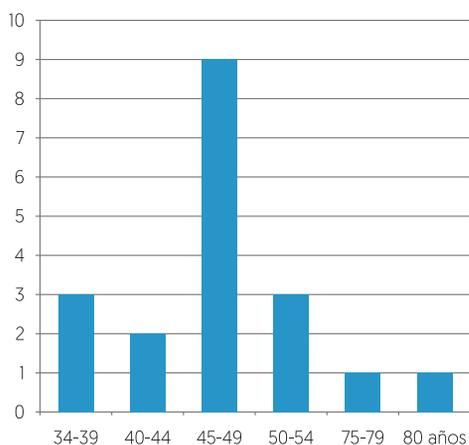
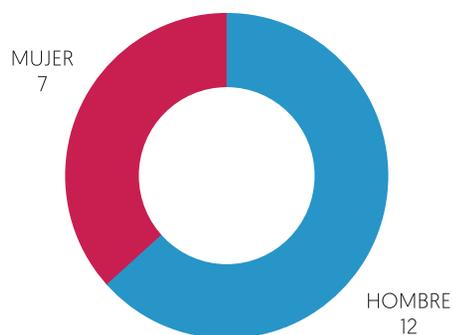


Gráfico 21. Sexo de la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



Gráfico 22. Parentesco de la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales

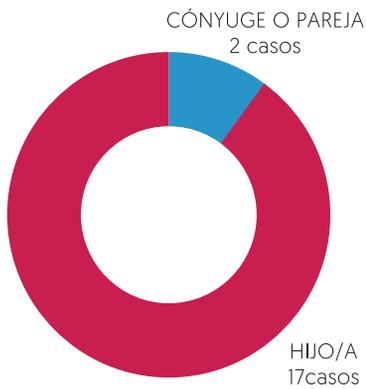
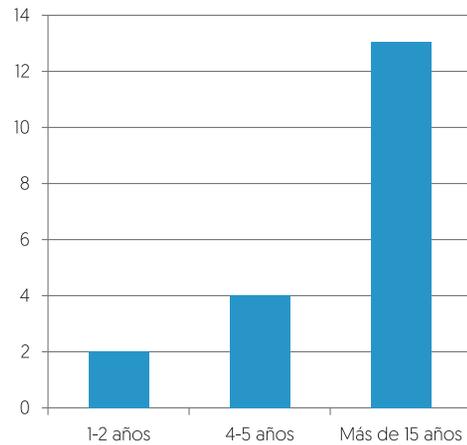


Gráfico 23. Tiempo de convivencia con la persona presunta responsable en el ámbito de servicios sociales



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

Gráfico 24. Tipología de maltrato en el ámbito de servicios sociales

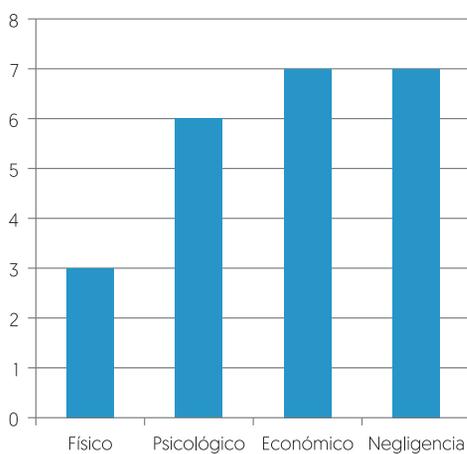
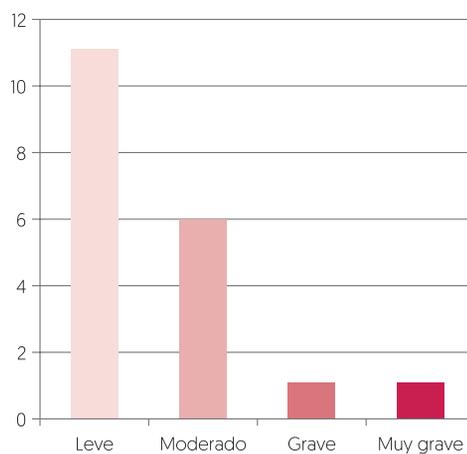


Gráfico 25. Gravedad del maltrato en el ámbito de servicios sociales



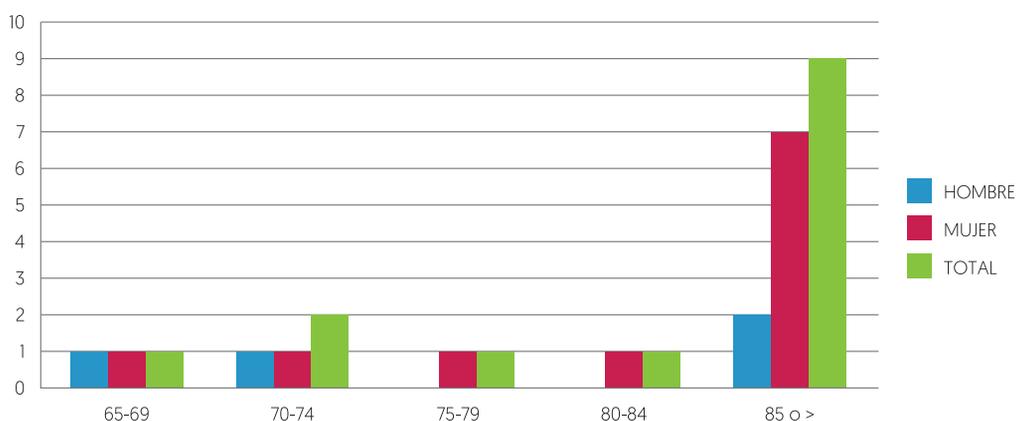
Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



IDENTIFICACIÓN DE CASOS EN SERVICIOS SANITARIOS

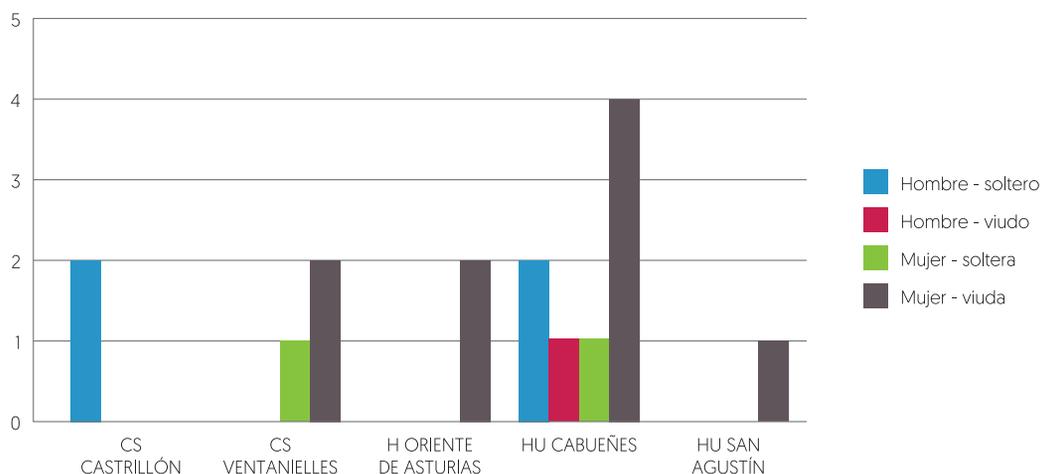
A continuación se exponen los datos de los 15 casos identificados desde los recursos sanitarios, donde destaca la coincidencia en la identificación de perfiles por parte de ambos sistemas. Los datos se han obtenido de los informes de las unidades de trabajo social sanitario. El perfil de la **persona mayor que sufre maltrato** es mayoritariamente el de mujer de 85 años o más, con deterioro cognitivo y diversidad de relaciones familiares.

Gráfico 26. Edad de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

Gráfico 27. Sexo y estado civil de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

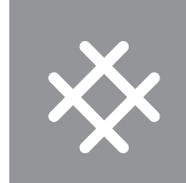


Gráfico 28. Convivencia de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario

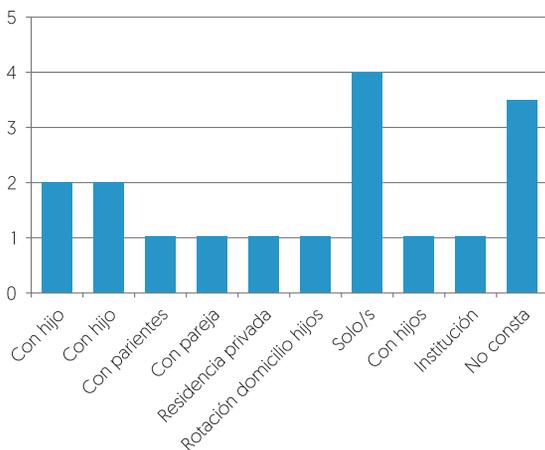
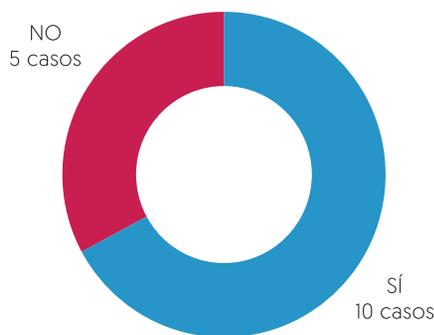
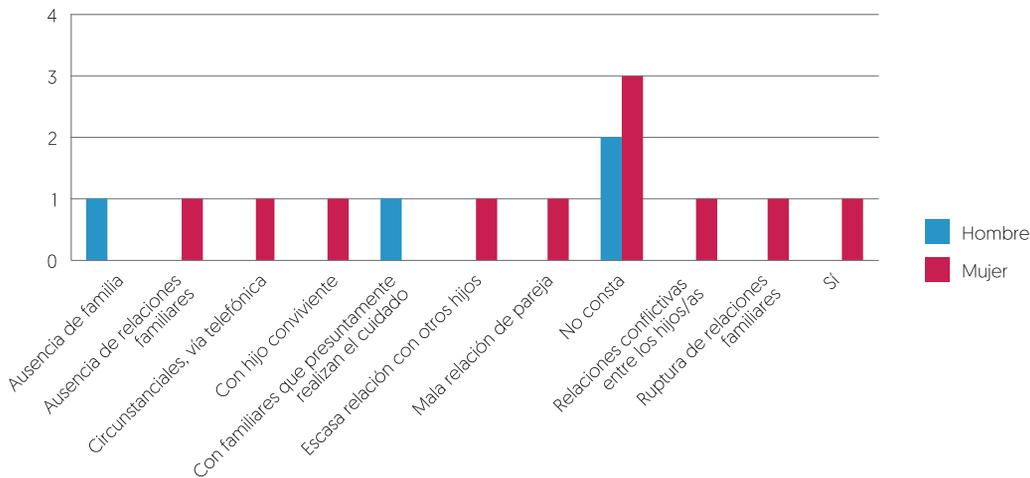


Gráfico 29. Deterioro cognitivo de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

Gráfico 30. Relaciones familiares de la persona mayor que sufre maltrato en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

El **perfil de la persona presunta responsable** del maltrato es el de varón de 45 a 49 años que comete maltrato económico y/o negligencia con diverso nivel de gravedad y posterior intervención.

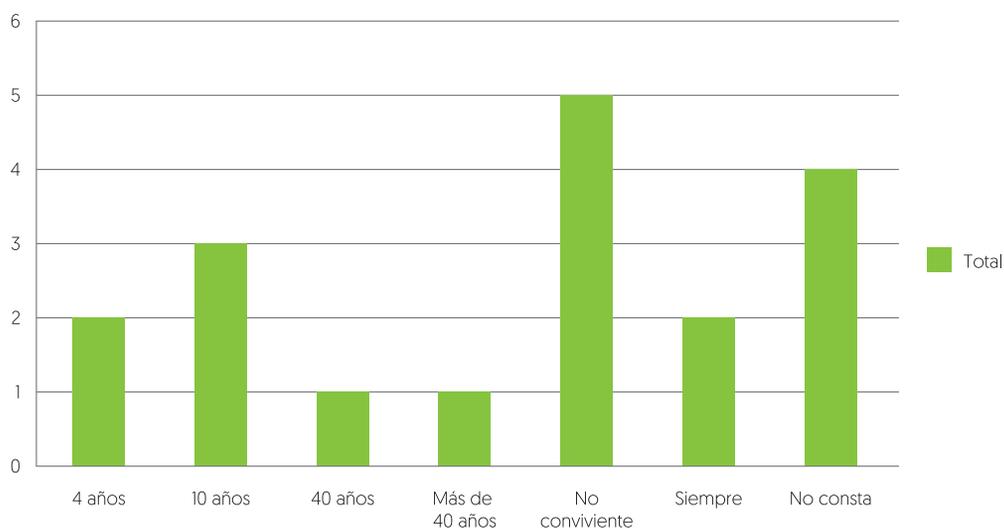


Gráfico 31. Sexo y edad de la persona presunta responsable en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

Gráfico 32. Tiempo de convivencia con la persona presunta responsable en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

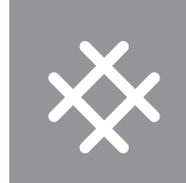
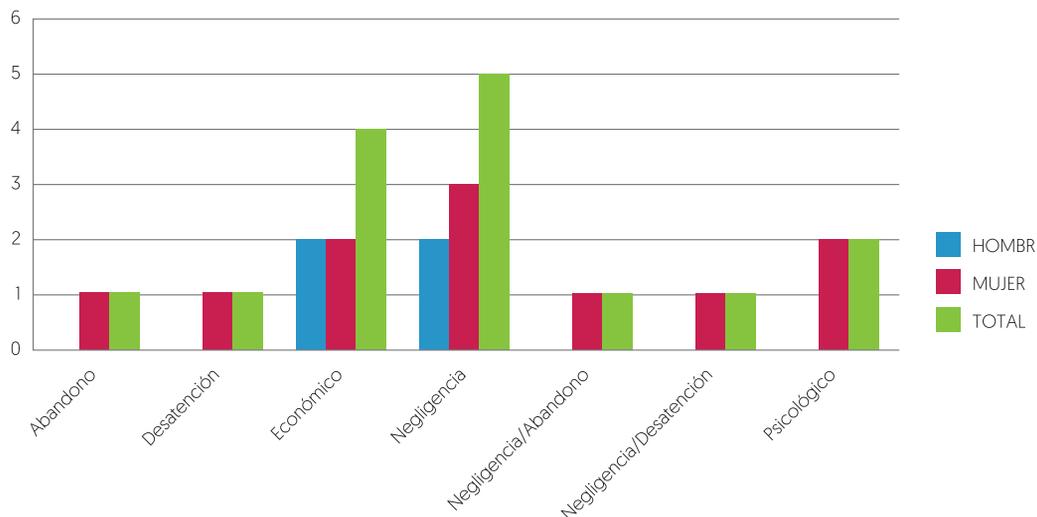
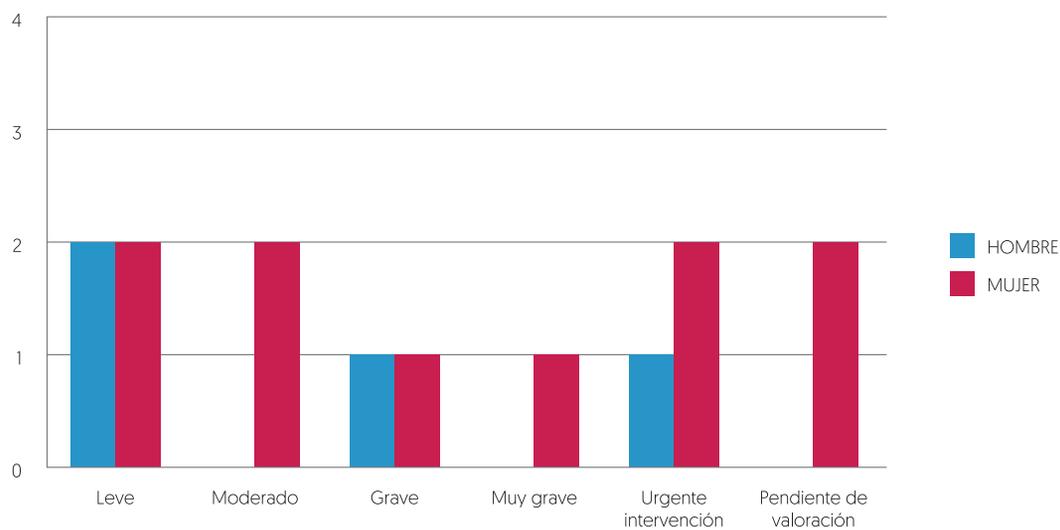


Gráfico 33. Tipología del maltrato en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

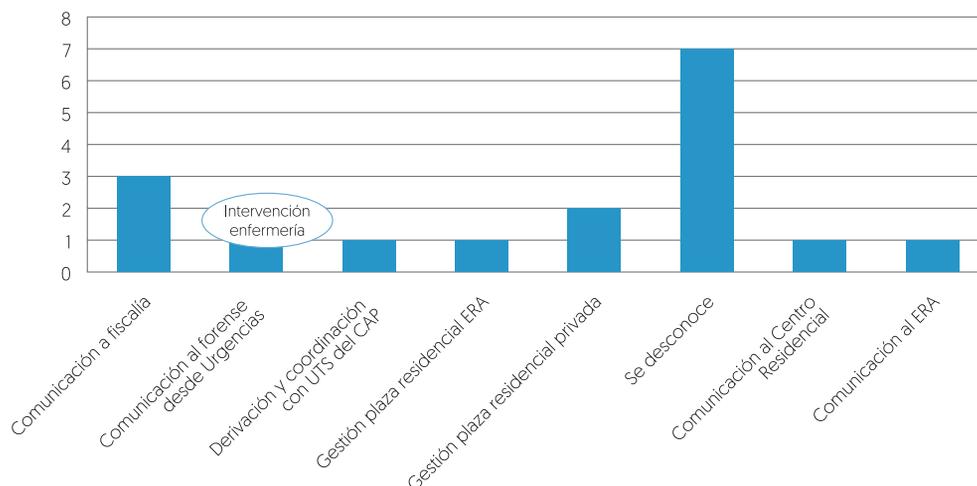
Gráfico 34. Gravedad del maltrato en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



Gráfico 35. Intervención desde el trabajo social sanitario

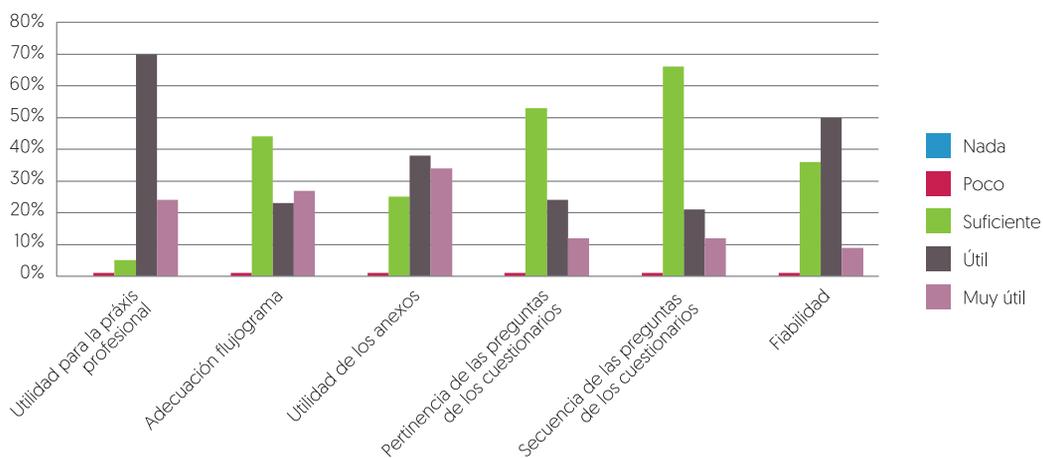


Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

8.4.3. Evaluación del protocolo

Los resultados globales de la **validación del protocolo como instrumento de trabajo** en el ámbito de Servicios Sociales muestran una valoración de las diferentes categorías entre suficiente, útil y muy útil, destacando la calificación en la utilidad para la praxis profesional como útil por el 70% de las/los profesionales.

Gráfico 36. Validación del protocolo en el ámbito de servicios sociales

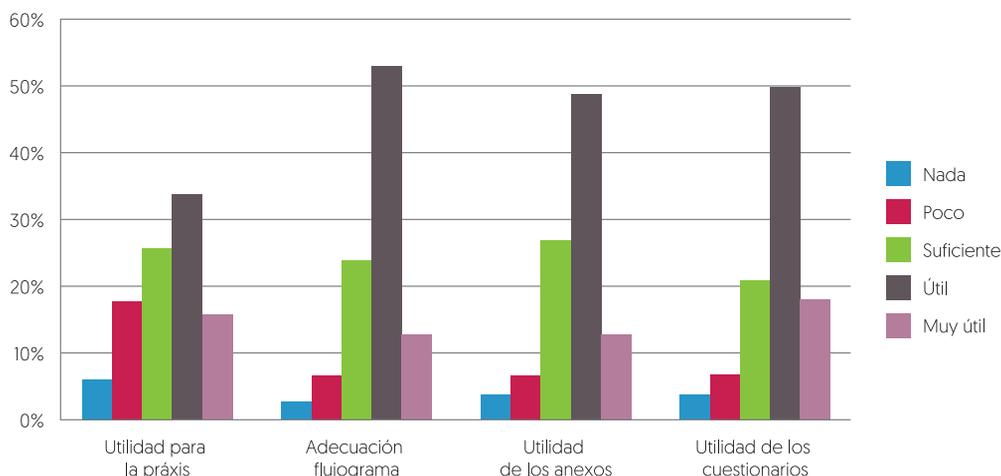


Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



En el ámbito sanitario en torno al 80% de las/los profesionales hace una valoración positiva sobre su utilidad para la praxis profesional y los flujogramas, anexos y cuestionarios son calificados mayoritariamente como útiles.

Gráfico 37. Validación del protocolo en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

En relación con la valoración a cerca de la **correspondencia con la realidad de la intervención** en ambos ámbitos son mayoritariamente positivas.

Gráfico 38. Correspondencia con la realidad de la intervención en el ámbito de servicios sociales

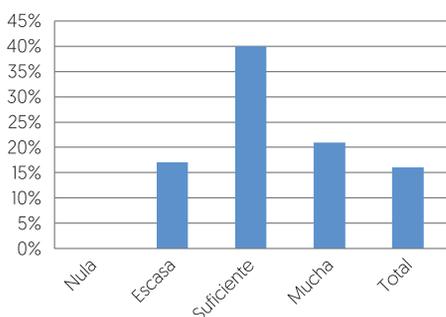
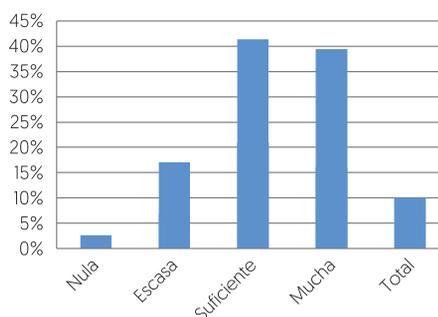


Gráfico 39. Correspondencia con la realidad de la intervención en el ámbito sanitario



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia



Respecto a la evaluación del **impacto de la aplicación del Protocolo** en los servicios sociales, destaca la valoración más baja dentro de la categoría “influencia en el quehacer profesional diario”, debido al trabajo previo sobre la problemática y a la sensibilización de las/los profesionales en la materia.

En el ámbito sanitario las evaluaciones son mayoritariamente positivas, especialmente en la ayuda a la visualización de la problemática.

Gráfico 40. Impacto de la aplicación del protocolo en el ámbito de servicios sociales

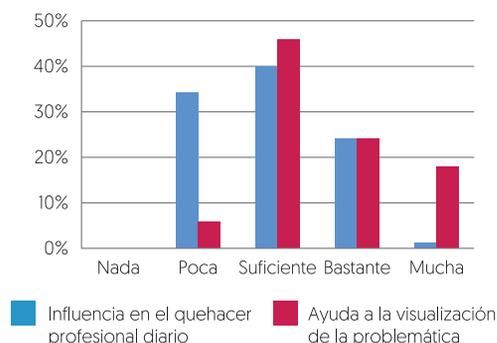
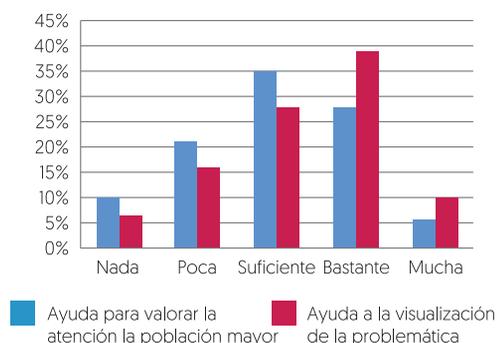


Gráfico 41. Impacto de la aplicación del protocolo en el ámbito sanitario



Fuente:Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

8.4.4. Dificultades identificadas / Propuestas de mejora

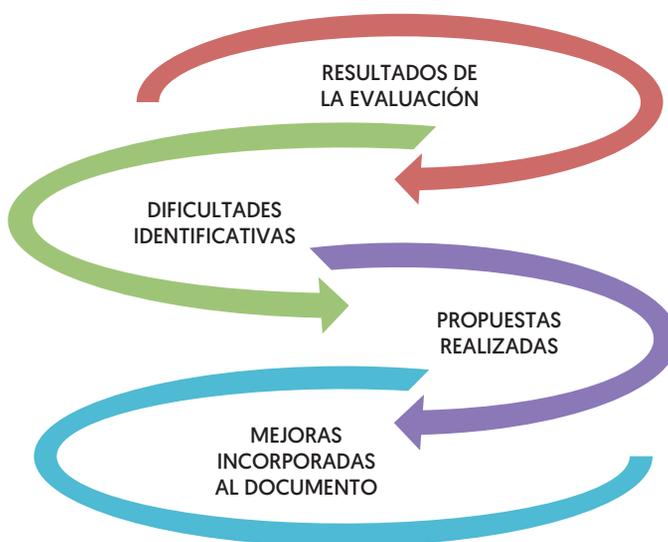
A continuación se enumeran las dificultades en la aplicación del protocolo y en la utilización de las herramientas de intervención recogidas en los anexos que han identificado las/los profesionales de los servicios:

- Necesidad de establecer mecanismos de coordinación entre los servicios sociales generales, recursos sanitarios y el sistema judicial, que permitan una actuación coordinada en la materia.
- Necesidad de poner en marcha acciones de formación para la implementación del protocolo en cada ámbito: formación jurídica, talleres y casos clínicos, sensibilización, formación para la aplicación del protocolo, etc.
- Posibilidad de desarrollar herramientas específicas de aplicación cuando exista deterioro cognitivo en la persona mayor.
- Contemplar la complejidad para la toma de decisiones en la intervención en el ámbito institucional.

- Reducir el documento y el número de anexos facilitando su aplicación en el trabajo diario.
- Necesidad de incluir el Protocolo en la Intranet para que esté disponible para su uso por las/los profesionales.

8.5. MEJORAS INCORPORADAS

Gráfico 42. Incorporación de mejoras al documento final



Fuente: Consejería de Servicios y Derechos Sociales – Consejería de Sanidad. Elaboración propia

El proceso de pilotaje ha permitido introducir una serie de mejoras que enriquecen y completan el documento original, dotándolo de mayor calidad y rigor.

A continuación se enumeran los aspectos incorporados:

- Al objeto de mejorar la coordinación entre los servicios sociales generales y las unidades de trabajo social sanitarias y de facilitar la comunicación y acción conjunta por parte de ambos servicios, profesionales de ambos ámbitos del equipo coordinador han elaborado un modelo de comunicación que se incorpora como anexo [Anexo 9].
- En relación a la coordinación con el sistema judicial, al objeto de orientar a las/ los profesionales a la hora de realizar una notificación de una posible situación de incapacidad, se ha diseñado una batería de indicadores orientativos que sirva de apoyo en la elaboración del informe de comunicación al Ministerio Fiscal para solicitar que se inicie la valoración de la capacidad de obrar de la persona mayor [Anexo 10].



- Se incluye en la redacción del texto el carácter auxiliar de los anexos que podrán ser utilizados o no, a criterio del profesional, así como la adaptación de las preguntas a cada caso.
- En el ámbito institucional se puntualiza la intervención a desarrollar reflejando la comunicación al órgano administrativo competente en el caso de que la situación trascienda la mera organización del Centro. Así mismo se reorienta la fase final de la intervención eliminando los niveles de gravedad e incluyendo la toma en consideración de diferentes factores condicionantes (gravedad del comportamiento, características de la persona mayor y de la persona presunta responsable, etc.) a valorar de forma conjunta con una batería de indicadores.
- La publicación del documento en diferentes formatos (documento general y guías de uso) permitirá simplificar el mismo y hacerlo más operativo para su uso diario por parte de las/los profesionales.
- Las necesidades formativas detectadas orientarán el diseño de la estrategia formativa a desarrollar para la implementación del documento que contará con diferentes metodologías con el objeto de formar al mayor número de profesionales.

8.6. CONCLUSIONES GENERALES DEL PILOTAJE

En un corto periodo de tiempo, ocho meses, el pilotaje ha permitido identificar y trabajar en un total de 32 casos reales, lo que pone de manifiesto la relevancia del fenómeno y la necesidad de contar con herramientas útiles y contrastadas para su abordaje.

Así mismo ha contado con la participación de un amplio número de profesionales de diversas disciplinas (138) implicados en la atención a personas mayores, cuyas aportaciones han permitido identificar dificultades o carencias, así como perfilar las mejoras en el documento.

En general la valoración por parte de las/los profesionales del protocolo y sus herramientas es positiva, considerándolos útiles para el trabajo diario, y ambos ámbitos coinciden en señalar la necesidad de una mayor coordinación, evitando duplicidades o desatenciones.

Finalmente el proceso de pilotaje refleja la necesidad de seguir mejorando la sensibilización y formación de las/los profesionales de atención, la incorporación y coordinación de nuevos agentes sociales y la toma de conciencia de la sociedad en general, de cara a garantizar el bienestar, el ejercicio de derechos y la calidad de vida de las personas mayores.

8.7. ACTUACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

En octubre de 2018, en torno al Día Internacional de las Personas Mayores, se realiza una jornada de presentación del protocolo al conjunto de profesionales relacionados con la atención de personas mayores, al objeto de obtener la máxima difusión.



En esa fecha se edita la publicación del protocolo en formato PDF y en papel para su posterior distribución y difusión a través de la web www.socialasturias.es. Al objeto de simplificar el documento marco y dotar a las/los profesionales de un manual práctico para el trabajo diario se elaborarán guías específicas de actuación en los ámbitos de intervención: servicios sociales municipales, sanitario e institucional.

Así mismo, a lo largo del último trimestre de 2018, se desarrolla una estrategia formativa para la implementación del Protocolo en cada ámbito de intervención con diferentes metodologías, al objeto de formar al mayor número de profesionales.

Tras la formación, se realizará un seguimiento del proceso de implementación y evaluación vinculado a los equipos de coordinación sociosanitaria, que aportará datos en el conjunto de la Comunidad Autónoma que permitirán seguir mejorando el documento y desarrollar actuaciones preventivas e intervenciones coordinadas, así como promover el buen trato y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

9 BIBLIOGRAFÍA

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

Barba, J.M., Ferrer, V., Gea A., Guillén, R., López, C. & Tourné, M. *Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años*. Región de Murcia: Instituto de la Mujer.

Barbero, J. & Moya, A. [2005]. *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO.

Cacho, J. [2009]. *Negligencia, abuso y maltrato en el anciano*. Madrid: Adalia.

Escartín, M. J. [1998]. *Manual de Trabajo Social Modelos de práctica profesional*. Alicante: Editorial Aguaclara.

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades [2008]. *Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a personas mayores. La dignidad no tiene edad*. Valladolid: Junta de Castilla y León.

Consejería de Sanidad y Consejería de Servicios y Derechos Sociales. *Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2018-2021* [Actualmente en elaboración].

Consejería de Servicios y Derechos Sociales [2018]. *Estrategia de Envejecimiento Activo [ESTRENA]*. Principado de Asturias [2018-2021]. Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.

Corral, F. S., Puime, A. O., Pajares, G., Cantera, I. R., & García-Armesto, S. [2004]. Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 39(2), 72-93.



Davies, M. [2000]. Detección del maltrato: una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería. *P. Delcalmer y G. Glendenning (2000). El maltrato a las personas mayores*, 137-154. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.

Departamento de Empleo y Políticas Sociales [2015]. *Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Dirección General de Salud Pública [2013]. *III Encuesta de Salud para Asturias, año 2012*. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Dirección General de Salud Pública [2015]. *Proyecto Escuela de Pacientes*. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Dirección General de la Dependencia y Autonomía Personal [2011]. *Guía de actuación coordinada contra el maltrato de personas mayores o discapacitadas*. Galicia: Xunta de Galicia.

Du Ranquet, M. [1996]. *Los modelos en trabajo social: intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Fundació Viure i Conviure [2007]. *Prevenir y actuar contra los malos tratos en personas mayores*. Barcelona: Caixa Catalunya Obra Social.

García, P. R., Campos, M. D. G., García, M. P. S., Garma, C. T., & Novoa, C. P. [2002]. Los malos tratos a las personas mayores: una propuesta para trabajar desde los equipos de servicios sociales de los municipios. *Psychosocial Intervention*, 11(1), 27-42.

Generalitat de Catalunya [2007]. *Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores*. Girona.

Glendenning, F. [1999]. *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.

Goikoetxea, M. J., Zurbanobeaskoetxea, L., Mosquera, Á., & Pablos, B. [2015]. *Código Ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores* (Vol. 78). Universidad de Deusto.

Gray-Vickrey, P. [2000]. Cómo reconocer los signos de abuso en los ancianos. *Nursing*, 18(2), 18-19.

Gray-Vickrey, P. [2000]. DNS. Protección de los ancianos. *Nursing*, 18(10), 8-12.

Hospital de Cabueñes [2015]. *Protocolo de detección de malos tratos a personas mayores*. Gijón: SESPA.

Iborra, I. [Coord.] [2005]. *Violencia contra personas mayores*. Ariel.

Iborra, I. [2008]. *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Centro Reina Sofía.



Iborra, I. [2009]. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, [45], 49-57.

Instituto Asturiano de la Mujer [2009]. *Protocolo Interdepartamental para mejorar la Atención a las Mujeres Víctimas de la Violencia de Género en el Principado de Asturias*. Oviedo: Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO [2007]. *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Iturregui, M. G. [2011]. *Aspectos éticos en la atención a las personas mayores*. Madrid: Fundación Pílares.

Iturregui, M. G. [2013]. Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, [41], 424-448.

Jiménez, L., Ballesteros, M., & Hajar, C. [2001]. ¿Qué sabemos de los malos tratos en los ancianos? *Enfermería Científica*, [236-237], 7-12.

Jiménez-Poyato, I., Jiménez, P. [2003]. Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 38[1], 46-53.

Kessel, H., Marín, N. & Maturana, N. [1996]. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 31, 367-372.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., & Zwi, A. B. [2003]. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS.

Kruger R.M. & Moon C.H. [2000]. ¿Puede describir los signos de maltrato de ancianos? *Maltrato de ancianos. Posgraduate medicine*, 4[4], 65-73.

Larrión, J.L. & Ochotorena, J.D. [1994]. El síndrome del anciano maltratado. *Medicina clínica*, 102[6], 216-219.

Lazaro del Nogal, M. [2000]. Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico. *Anales de Medicina Interna*, 17, pp. 51-59.

Martínez-Maroto A. [2003]. Malos tratos y personas mayores. Un enfoque jurídico. *Revista Especializada Geriatría y Gerontología*, 38[3], 129-31.

Martínez, T. [2011]. *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno del País Vasco.



- Martínez, T. [2013]. La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.
- Menezes, R., Rodríguez, X. & Rodríguez P. [1999]. Violencia contra el anciano. Silenciar es complicidad. *Revista Rol de Enfermería*, 22(1), 35-38.
- Moya, A. & Barbero, J. [2003]. Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Revista española de Geriátria y Gerontología*, 38(3), 177-185.
- Moya, A. & Barbero, J. [2005]. Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. *Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*.
- Muñoz, J. [2002]. Malos tratos en personas mayores. En J. Muñoz, *Psicología del envejecimiento*, 133-148. Madrid: Psicología Pirámide.
- Muslera, E., Canclini, García, L. & González M. [2015]. Informe Anual del Registro VIMPA Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias 2015. Oviedo: SESPA.
- OMS [2002]. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista española de Geriátria y Gerontología*, 37, 319-331.
- OMS [2003]. *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS [2018]. *Maltrato de las Personas Mayores*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 1 de enero de 2019 de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Payne, M. [1995]. *Teorías contemporáneas del trabajo social: una introducción crítica* (Vol. 11). Barcelona: Editorial Paidós.
- Peralta, A. [1998]. La hoja roja: abusos a ancianos. *Gerokomos*, 9, 12-15.
- Pérez Melero A. [1997]. Aspectos éticos del cuidado de los ancianos. En Pastor, L. M. & León, F. J. [coord.] *Manual de ética y legislación en enfermería*, 144-147[22]. Madrid: Mosby.
- Pérez-Puig González, R. [2009]. *Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Pfeiffer, C. C., & Hernández, M. G. [2004]. *Guía de intervención rápida en Enfermería Geriátrica*. Difusión Avances de Enfermería.
- Richmond, M. E. [2005]. *Diagnóstico social*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Rojo, G. P., & Horrillo, A. C. [2013]. Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 127-167.



Rojo, G.P, Chulián, A., López J., Noriega,C.; Velasco, C & Carretero, I. [2017]. Buen y Mal Trato hacia las Personas Mayores: Teorías explicativas y factores asociados. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(e2), 1-14.

Rueda, J. D., De la Red, N., Vega, C., Nieto, M., Niño, V., & Arquigaga, R. [2008]. *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. Colección documentos de acción social, serie personas mayores. Valladolid: Junta de Castilla y León.

Ruiz, A., Coma, M., Boncompte, V. Altet, J., Porta, P., & Postigo, P. [2000]. El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. *Atención primaria*, 26(9), 641-646.

Sánchez F. [2004]. Maltrato a las personas mayores: alguna respuesta a algunos interrogantes. *Revista Especializada en Geriátria*, 39(3), 151-3.

Sancho, M., Pérez-Rojo, G., Del Barrio, E., Yanguas, J., & Izal, M. [2011]. *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Sociedad Española de Geriátria y Gerontología [2004]. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 39(4), 240-254.

Sociedad Española de Geriátria y Gerontología [2012]. Decálogo para el Buen Trato a las personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.

Tabueña, M. [2001]. Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*, 116(Supl 1), 137-9.

Tornel, I. [2003]. *El plan de acción internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002 y los textos regionales sobre el envejecimiento: estudio comparado*. Notas de Población.

Valles, M. S. [2002]. *Entrevistas cualitativas* [Vol. 32]. Madrid: CIS.



10 NORMATIVA

- Constitución Española. BOE 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Decreto 10/98, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos. BOPA 55, de 7 de marzo de 1998.
- Decreto 8/1999, de 25 de febrero, por el que se regulen los órganos de representación y participación de los residentes en los establecimientos residenciales para ancianos. BOPA 61, de 15 de marzo de 1999.
- Decreto 9/1999, de 25 de febrero, por el que se regula el régimen electoral para la elección de las juntas de Residentes en los establecimientos residenciales para ancianos. BOPA 61, de 15 de marzo de 1999.
- Decreto 17/1999, de 25 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto Básico de los establecimientos residenciales para ancianos. BOPA 85, de 14 de abril de 1999.
- Decreto 38/1999, de 8 de julio, por el que se regula el programa de acogimiento familiar para personas mayores del Principado de Asturias. BOPA 68, de 23 de marzo de 2015.
- Decreto 29/2000, de 6 de abril, por el que se regula el régimen y el sistema de acceso a los centros de día de personas mayores dependientes. BOPA 88, de 14 de abril del 2000.
- Decreto 49/2001, de 26 de abril, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios Sociales de la Administración del Principado de Asturias. BOPA 113, de 17 de mayo de 2001.



- Decreto 56/2001, de 24 de mayo, por el que se crea y regula el Consejo de Personas Mayores del Principado de Asturias. BOPA 132, de 8 de junio de 2004.
- Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales. [Arts. 4 a 59 y 75 a 87 del Decreto 79/2002, según Disposición Transitoria Tercera del Decreto 43/2011]. BOPA, de 1 de agosto de 2002.
- Decreto 21/2006, de 2 de marzo, por el que se regula la constitución y el funcionamiento de la Comisión de Tutelas del Principado de Asturias. BOPA, de 17 de marzo de 2006.
- Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales. BOPA, de 4 de junio de 2011.
- Decreto 26/2013, de 22 de mayo, por el que se regula la creación, composición y funcionamiento del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias. BOPA 124, de 30 de mayo de 2013.
- Decreto 67/2015, de 13 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Sanidad. BOPA 189, de 14 de agosto de 2015, modificado por el Decreto 8/2016, de 24 de febrero. BOPA 52, de 3 de marzo de 2016.
- Decreto 167/2015, de 16 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los órganos de dirección y gestión del Servicio de Salud de Principado de Asturias. BOPA 222, de 24 de abril de 2015.
- Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias. BOPA 279, 1 de diciembre de 2016.
- Real Decreto de 14 de septiembre de 1982 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE 260, de 17 de septiembre de 1982.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE 313, de 29 de diciembre de 2004.
- Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género. BOPA 64, DE 18 de marzo de 2011.
- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. BOPA 56, de 8 de marzo de 2003.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. BOE 211, de 2 de septiembre de 1992.
- Ley Principado Asturias 7/1991, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano. BOPA 88, de 19 de abril de 1991.



11 ANEXOS

11.1. ANEXOS COMUNES A TODOS LOS ÁMBITOS	99
ANEXO 1. Tabla resumen del abuso o maltrato en el ordenamiento jurídico	99
ANEXO 2. Consecuencias del maltrato en personas mayores	100
ANEXO 3. Registro de indicadores de maltrato	103
ANEXO 4. Recomendaciones proceso de entrevistas	108
11.2. ANEXOS ÁMBITO RELACIONAL – DOMICILIARIO (SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES – SERVICIOS SANITARIOS)	110
ANEXO 5. Cuestionario de factores de riesgo persona mayor y persona cuidadora	110
ANEXO 6. Entrevista semiestructurada a la persona mayor	111
ANEXO 7. Entrevista semiestructurada a la persona posible responsable del maltrato	112
ANEXO 8. Escala de sobrecarga de la persona cuidadora	113
ANEXO 9. Documento de comunicación y coordinación del caso entre los servicios sociales municipales y las unidades de trabajo social sanitarias	115
ANEXO 10. Indicadores sociosanitarios de comunicación para el inicio de valoración de capacidad de obrar	116
11.3. ANEXOS ÁMBITO SANITARIO	117
ANEXO 11. Principales signos e indicadores de abusos y malos tratos a personas mayores.	117
ANEXO 12. Guía de entrevista en la Unidad de Clasificación de Urgencias ante una víctima de malos tratos en un centro sanitario	119
ANEXO 13. Cuestionario de sospecha de maltrato o cuestionario para la detección del maltrato a personas mayores en un servicios de urgencias sanitario	120
ANEXO 14. Clasificación clínica en el servicio de urgencias	121
ANEXO 15. Parte de lesiones (parte al Juzgado de Guardia)	122



111.4. ANEXOS ÁMBITO INSTITUCIONAL – SERVICIOS SOCIALES	124
ANEXO 16. Entrevista semiestructurada a la persona mayor	124
ANEXO 17. Entrevista semiestructurada a familiares, testigos u otras personas informantes	125
ANEXO 18. Entrevista semiestructurada a la persona posible responsable del maltrato	126
ANEXO 19. Escala de valoración para la intervención (para su aplicación por personal interno al centro)	127
ANEXO 20. Cuestionario de factores de riesgo (para su aplicación por personal externo al centro)	129



11.1. ANEXOS COMUNES A TODOS LOS ÁMBITOS

ANEXO 1. Tabla resumen del abuso o maltrato en el ordenamiento jurídico

CLASIFICACIÓN DEL ABUSO O MALTRATO		
Nombre	Tipificación Código Penal	Ejemplos
Maltrato o abuso físico	<i>Delito de lesiones [art. 147 a 156 bis CP]</i>	Agresiones físicas de las que resultan lesiones físicas o mentales que requieren tratamiento médico o quirúrgico
	<i>Delito contra la integridad moral [art. 173 2 CP]</i>	Violencia doméstica de carácter físico (habitual)
Maltrato o abuso psicológico	<i>Delito de amenazas [art. 169 a 171 CP]</i>	Amenazas graves contra la víctima, su familia o personas vinculadas a ellas
	<i>Delito de coacciones [art. 172 CP]</i>	Impedir a otra persona lo que la ley no prohíbe
	<i>Delito contra la integridad moral [art. 172 1 y 3, y 175 CP]</i>	Trato degradante, menoscabando gravemente la integridad moral de la víctima: actos hostiles o humillantes en el ámbito laboral o funcional; violencia doméstica de carácter psicológico (habitual)
Violencia o abuso sexual	<i>Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales [arts. 178 a 194 CP]</i>	Agresiones sexuales; abusos sexuales; acoso sexual; exhibicionismo y provocación sexual; prostitución y corrupción de menores
	<i>Delito de extorsión [art. 243 CP]</i>	Coacción a otra persona, con violencia e intimidación, para realizar u omitir un acto en perjuicio de su patrimonio o del de una tercera
Abuso material o financiero	<i>Delito de estafa [art. 248 a 251 bis]</i>	Utilización de engaño para producir error en otra persona, induciendo a realizar un acto o negocio en perjuicio propio o ajeno
	<i>Delito de apropiación indebida [art. 252 a 254 CP]</i>	Apropiación de dinero, efectos o cualquier otra cosa mueble que se haya recibido en depósito, comisión o administración
Negligencia o abandono	<i>Delito de abandono [art. 226 a 233 CP]</i>	Abandono [temporal o no] de un/a menor de edad o incapaz por parte de la persona encargada de su guarda; entrega de un/a menor o incapaz a cargo de una tercera persona sin permiso de la que se lo confía; utilización de menores de edad o incapaces para la práctica de la mendicidad



ANEXO 2. Consecuencias del maltrato en personas mayores

FÍSICAS

Lesiones múltiples en diferentes estadios de curación	<ul style="list-style-type: none"> – Cicatrices, abrasiones, punciones, quemaduras, laceraciones o hematomas
Fracturas múltiples en diferentes estadios de curación	<ul style="list-style-type: none"> – Las fracturas en espiral (provocadas por torsiones) – Las fracturas por mangos (provocadas por un golpe directo). Ambas fracturas a menudo van asociadas a malos tratos
Hematomas agrupados y en patrones regulares	<ul style="list-style-type: none"> – Están localizados en sitios poco habituales, como la ingle o el cuello. – En diversos planos del cuerpo, como la parte frontal, lateral y trasera de las piernas que pueden indicar golpes en cinturón
Hematomas bilaterales o lesiones paralelas	<ul style="list-style-type: none"> – Sugieren marcas de una sujeción forzada. – Las sacudidas violentas pueden producir lesiones paralelas en la parte superior de ambos brazos
Lesiones en tronco, abdomen, genitales, nalgas y parte superior de los muslos.	<ul style="list-style-type: none"> – Que puedan indicar abuso sexual
Lesiones alrededor de cara, orejas y cuello, incluyendo la rotura de dientes y las lesiones por latigazo	<ul style="list-style-type: none"> – La mayoría de los hematomas causados por lesiones accidentales se produce en la frente, en las rodillas, en la barbilla y en los codos, espinillas – Las marcas de púrpura senil afectan por lo general a los antebrazos o al dorso de las manos
Quemaduras	<ul style="list-style-type: none"> – En la planta de los pies, las palmas de las manos, las nalgas, formando un aspecto de "guante y media" en las manos y pies o una forma de buñuelo sobre la ingle – Las quemaduras circulares pequeñas pueden estar provocadas por un cigarrillo encendido, y aparecen en las palmas de las manos y en las plantas de los pies
Quemaduras por fricción	<ul style="list-style-type: none"> – Sobre extremidades, cuello, o torso. Pueden ser el resultado de que la víctima ha estado atada o inmovilizada durante periodos largos de tiempo
Lesiones con patrones característicos	<ul style="list-style-type: none"> – Que puede proporcionar la clave respecto al tamaño y forma del objeto que provocó la lesión: Hebillas de cinturones, cordones eléctricos e incluso las manos de la persona agresora dejan un patrón característico
Torceduras o luxaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Provocadas por arrastre, empujes o apretones
Pérdidas inusuales de cabello	<ul style="list-style-type: none"> – Áreas de calvicie, enrojecimiento e hinchazón sobre la parte posterior o los lados del cuero cabelludo o zonas hemorrágicas debajo de la línea del cuero cabelludo producidas por tirones violentos de pelo. – En los varones, inspeccionar otras zonas que no sea la coronilla, que es donde por lo general se produce la calvicie



Frecuentes visitas a los Servicios de Urgencias

- Demora entre el tiempo de la lesión y la visita a los Servicios de Urgencia
- Antecedentes de caídas, fracturas, o de hematomas de repetición en diversos estadios de curación
- Relato verbal de los malos tratos físicos por parte de la víctima, indicador de alto riesgo o de abuso a ancianos

Comportamiento de retraimiento o de oposición

- Al dirigirse a la persona mayor

PSICOLÓGICAS O EMOCIONALES

- Confusión y desorientación
- Paranoia, depresión o cólera
- Miedo a las personas extrañas
- Miedo a su propio entorno
- Ambivalencia hacia la persona cuidadora
- Estar callado/a cuando la persona cuidadora está presente
- Poca autoestima
- Muestra continuamente excesivo respeto hacia la persona cuidadora
- Anhelo de estar atendida/o y acompañada/o

ABUSOS SEXUALES

- Quejas de dolor y de prurito en la región genital
- Laceraciones, abrasiones, o hemorragia en la región genital
- Hematomas en la parte interior de los muslos
- Evidencia de ETS
- Equimosis de la úvula que puede ocurrir como consecuencia de traumatismos orales y de la práctica a la fuerza de sexo oral

ABUSOS ECONÓMICOS

- Pérdida inexplicable de la cartilla de ahorros
- Ansiedad acerca de la economía personal
- Falta de conocimiento del estado de sus cuentas
- Falta de pagos a los servicios públicos
- Cheques firmados por otras personas sin estar autorizadas
- Presión para firmar cheques
- Dejar de contratar servicios
- Falta de comidas y de medicaciones adecuadas
- Falta de respuesta a cartas y facturas y cheques no cobrados



NEGLIGENCIA/ABANDONO

- Deterioro de salud
- Deshidratación o malnutrición
- Úlceras por presión o contracturas
- Suciedad u olor excesivo en el cuerpo y en la ropa
- Falta de dispositivos de ayuda, como gafas, dentaduras, audífonos y andadores
- Caquexia (pérdida de peso severo)
- Ropa inadecuada
- Presencia de pulgas o piojos
- Languidez y fatiga
- Cualquier señal que haga pensar que la víctima fue dejada sola o en condiciones insalubres durante largos periodos de tiempo
- Más medicación o menos de la necesaria, en particular en caso de sobredosificación

ABUSOS EN LAS INSTITUCIONES

- Uso excesivo de psicofármacos
- Medidas de contención físicas de forma generalizada
- Tendencia a la obstinación diagnóstica y /o terapéutica
- Negación de asistencia o limitación de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos por razones de edad o discapacidad
- Utilización de forma innecesaria de medidas que dificultan la autonomía o aumentan la dependencia (sillas de ruedas, pañales, dar de comer, etc.)
- Despersonalización de la asistencia
- Infantilización en el trato
- Escaso cuidado en respetar la intimidad de la persona.
- Rigidez en las normas y horarios de visitas, comida, descanso, etc.
- Disponer del dinero de la persona competente sin su consentimiento explícito



ANEXO 3. Registro de indicadores de maltrato

Registro de indicadores de malos tratos físicos

OBSERVACIÓN A FECHA	
IDENTIFICACION PERSONA MAYOR	
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	<i>Nombre, apellidos, profesión</i>
CENTRO, PROGRAMA O SERVICIO	

FÍSICOS		SI	NO	N/S
	Queja de agresión física			
	Marcas físicas (cortes, heridas, hematomas)			
	Caídas y quemaduras no explicadas			
	Fracturas múltiples			
	Alopecia parcheada			
	Desnutrición, deshidratación, pérdida de peso			
	Alimentación a la fuerza y con violencia o restricción como castigo			
	Falta de higiene personal y externa			
	Mal seguimiento de pautas sanitarias			
	Cambios frecuentes de médico			
	Uso frecuente de servicios de urgencia			
Sujeciones y restricciones físicas sin prescripción ni supervisión				

OBSERVACIONES / OTROS INDICADORES



Registro de indicadores de malos tratos psicológicos

OBSERVACIÓN A FECHA	
IDENTIFICACION PERSONA MAYOR	
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	<i>Nombre, apellidos, profesión</i>
CENTRO, PROGRAMA O SERVICIO	

PSICOLÓGICOS		SI	NO	N/S
	Cambios hábitos alimenticios			
	Cambios inesperados de comportamiento			
	Problemas para dormir			
	Actitudes y comportamientos: temor, confusión, desorientación, resignación, pasividad, retraimiento, aislamiento, indefensión, desesperanza, ansiedad, baja autoestima, depresión			
	Explicaciones contradictorias que no obedecen a confusión mental.			
	Evasión de contactos, comunicación verbal, ira o miedo con respecto a la persona posible responsable del maltrato			
	Cambio de carácter y agitación ante la persona posible responsable del maltrato			
Búsqueda constante de aprobación de la posible persona responsable del maltrato				

OBSERVACIONES / OTROS INDICADORES



Registro de indicadores de malos tratos sexuales

OBSERVACIÓN A FECHA	
IDENTIFICACION PERSONA MAYOR	
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	<i>Nombre, apellidos, profesión</i>
CENTRO, PROGRAMA O SERVICIO	

SEXUALES		SI	NO	N/S
	Quejas de agresión sexual			
	Quejas frecuentes de dolores abdominales			
	Quejas sobre falta de privacidad o intimidad			
	Cambios no explicados en la conducta (agresión, retraimiento, automutilación)			
	Infecciones genitales recurrentes, hemorragias vaginales o anales inexplicadas, hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales o paragenitales, rasguños o lesiones en la región anal. Genital, abdominal; enfermedades de transmisión sexual o cistitis, inexplicables problemas con los catéteres, dificultad al caminar o sentarse debido a lesiones en la zona genital			
	Prendas íntimas rasgadas, manchadas o ensangrentadas			

OBSERVACIONES / OTROS INDICADORES



Registro de indicadores de malos tratos económicos/financieros

OBSERVACIÓN A FECHA	
IDENTIFICACION PERSONA MAYOR	
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	<i>Nombre, apellidos, profesión</i>
CENTRO, PROGRAMA O SERVICIO	

ECONÓMICOS/FINANCIEROS		SI	NO	N/S
	Manifestación expresa de manipulación de efectos personales sin su autorización			
	Pérdida inexplicable de dinero, movimientos en las cuentas bancarias irregulares y atípicos no justificados			
	Cambios de testamento cuando hay duda de la capacidad de obrar de la persona titular			
	Solicitud de incapacitación legal de la persona mayor sin justificación médico-psicológica			
	Firmas que no se parecen a la de la víctima o pertenecientes a personas que no saben o no pueden escribir			
	Desaparición de depósitos, valores, documentos o piezas de valor			
	Atención a la persona mayor no acorde con sus ingresos o medios/falta de confort y comodidades cuando se dispone de recursos para acceder a ello [productos de apoyo, reformas en el hogar como la eliminación de barreras]			
	Inadecuación del recurso de atención a las necesidades de la persona mayor			
	Ausencia del control del dinero			

OBSERVACIONES / OTROS INDICADORES



Registro de indicadores de malos tratos ante situaciones de negligencia y/o abandono

OBSERVACIÓN A FECHA	
IDENTIFICACION PERSONA MAYOR	
IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	<i>Nombre, apellidos, profesión</i>
CENTRO, PROGRAMA O SERVICIO	

NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO		SI	NO	N/S
	Queja de abandono			
	Suciedad, olor a heces u orina, vestido inadecuado			
	Erupciones en la piel no tratada, pediculosis, úlceras por presión			
	Malnutrición, deshidratación, enfermedades no tratadas			
	No seguimientos de pautas terapéuticas			
	Medicación excesiva o insuficiente			
	Deterioro progresivo de la salud sin causa que lo justifique			
	Dejar sola a una persona mayor en un hospital o centro sanitario			
	Dejar sola durante largo tiempo a una persona mayor impedida en su domicilio			
	Carencia de los productos de apoyo necesarios (gafas, prótesis, andador, silla de ruedas, colchón antiescaras)			
Aislamiento social				

OBSERVACIONES / OTROS INDICADORES



ANEXO 4. Recomendaciones proceso de entrevistas

Seguidamente, se detallan aspectos que favorecen el desarrollo de las entrevistas contenidas en este protocolo y con ello se pretende asegurar una recogida de información adecuada.

Los modelos de entrevista semi-estructurada utilizados en este protocolo permiten, por una parte, realizar preguntas abiertas con el fin de facilitar la expresión de las personas mayores susceptibles de ser víctimas de maltrato y, por otro, facilita a quienes realizan la entrevista la posibilidad de focalizar la recogida de información sobre los temas que se necesiten.

Para el desarrollo de la entrevista es recomendable combinar las preguntas en un continuo, desde preguntas abiertas y amplias a las focalizadas. Es conveniente introducir los temas con preguntas abiertas y amplias, posteriormente seguir con preguntas dirigidas a un objetivo y terminar con una serie de preguntas circunscritas y, si procede, cerradas.

A continuación se detallan normas y principios bioéticos que deben regir la actuación profesional ante una sospecha de malos tratos a personas mayores:

Normas para la entrevista con la persona mayor

RELATIVO AL ESPACIO:

- A ser posible en el despacho o lugar apropiado, privado, favoreciendo un clima de confianza.
- Libre de perturbaciones (interrupciones personales o telefónicas).
- Utilizando el tiempo adecuado y necesario para la entrevista. Si se dilata, con el fin de mantener la estructura de la entrevista, utilice la retroalimentación y la revisión periódica del conjunto de la entrevista.

ACTITUDES GENERALES DURANTE LA ENTREVISTA:

- Facilitando la expresión de sentimientos a través de una escucha activa y empática.
- Observando las actitudes y el estado emocional de la persona entrevistada.
- Haciendo sentir a la persona que no es culpable de la situación que está sufriendo.
- No tender a actitudes paternalistas, poner en duda la interpretación de los hechos por la persona mayor.
- A poder ser, limitar la toma de notas durante la entrevista, pudiendo dar lugar a coaccionar el relato por el registro por escrito de los hechos que está verbalizando.
- Es fundamental evitar prejuicios y analizarlos para mejorar el proceso de comunicación.
- Preste atención al lenguaje no verbal de la persona entrevistada y anote aquellas cuestiones que resulten relevantes. En el caso del/a entrevistador/a evite que éste/a contradiga el mensaje y las palabras utilizadas en la entrevista
- Prestar atención a una posible distorsión del relato debido a diferentes factores (temor, inhibición, desconfianza, etc.)



- Se deben tener en cuenta las diferencias culturales y de socialización existentes entre la persona mayor y quien realiza la entrevista.

ACTITUDES FACILITADORAS DE TOMAS DE DECISIONES:

- Respetar a la persona mayor en relación a su ritmo y elecciones.
- Facilitar pensar, ordenar sus ideas y toma de decisiones.
- Nunca sugerir respuestas que puedan condicionar sus elecciones.
- Mostrar empatía, autenticidad en la relación reduciendo la distancia emocional.
- Transmitir respeto y aceptación, así como deseo de trabajar con la persona.

ACTITUDES DE PROTECCIÓN:

- No dar datos sobre la entrevista [no informar si la persona estuvo allí o no, actuando con cautela respecto a la información a verter en otras entrevistas, visitas y las llamadas telefónicas con personas del entorno de la persona mayor].

Normas para la entrevista con la persona responsable del posible maltrato

RELATIVO AL ESPACIO:

- A ser posible en el despacho o lugar apropiado, privado, favoreciendo un clima de confianza.
- Libre de perturbaciones [interrupciones personales o telefónicas].
- Utilizando el tiempo adecuado y necesario para la entrevista.

ACTITUDES GENERALES DURANTE LA ENTREVISTA:

- Si es factible, entrevistar inmediatamente después de haber entrevistado a la persona mayor.
- Facilitando la expresión de sentimientos a través de una escucha activa y empática.
- Nunca intentar demostrar los malos tratos de forma coactiva.
- No iniciar una entrevista con un juicio de valor previo que favorezca situaciones de enfrentamiento.

ACTITUDES DE PROTECCIÓN:

- Valorar, entre otras circunstancias, el estrés, ansiedad o sobrecarga que pueda tener, así como el conocimiento de las necesidades y habilidades para el cuidado de la persona mayor.
- Ofrecer los recursos disponibles para procurarle ayuda [socio-sanitarios, formativos, etc.]



11.2. ANEXOS ÁMBITO RELACIONAL – DOMICILIARIO (SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES – SERVICIOS SANITARIOS)

ANEXO 5. Cuestionario de factores de riesgo persona mayor y persona cuidadora

CUESTIONARIO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL ÁMBITO RELACIONAL DOMICILIARIO

Fecha de cumplimentación: / /

Lugar donde se presta la atención o intervención:

Profesional que efectúa el cuestionario:

Identificación de la persona mayor

Grado de Dependencia reconocido de la persona mayor:

Malos Tratos ÁMBITO RELACIONAL DOMICILIARIO

FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA LA PERSONA MAYOR	SI	NO	N/S
Dependencia física y/o emocional de la persona mayor respecto de la persona cuidadora			
Deterioro cognitivo o enfermedad mental			
Presencia de psicopatologías (depresión, ideas autolíticas, culpabilidad, vergüenza)			
Mujer mayor (a mayor edad, más riesgo)			
Conductas agresivas derivadas de psicopatologías o demencias			

FACTORES DE RIESGO EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO Y RELACIONAL DE LA PERSONA MAYOR

Estrés de la persona cuidadora (Síndrome de Bournout)			
Patrón de relaciones familiares conflictivas, agresivas previo o actual entre la persona mayor persona mayor y convivientes			
Cuidador/a principal con limitaciones personales para el cuidado, (físicas, psicológicas, cargas laborales, familiares, adicciones –drogas, alcohol-)			
Mala o nula organización del cuidado recayendo el mismo en una sola persona cuando existen varias personas convivientes capaces			
Escasa o nulo conocimiento para realizar el cuidado y atención			
Dependencia económica de la persona cuidadora respecto de la persona mayor			

OBSERVACIONES: Otros riesgos observados respecto del ámbito en el que se encuentra la persona mayor.

Este cuestionario es el instrumento que posibilitará la observación acerca de la posible existencia de malos tratos a la persona mayor, cuando el resultado del mismo afecte a más de un apartado y refleje un SI en 2 o más ítems por apartado.



ANEXO 6. Entrevista semiestructurada a la persona mayor [Barbero J., Moya A. 2005]

- ¿Vive sola/o? *(en caso de respuesta negativa, preguntar con cuantas y qué relación tiene con las personas con las que convive)*
- ¿Cómo es la relación que mantiene con las personas con las que vive?
- ¿Alguna de las personas con las que vive tiene alguna enfermedad mental o alguna adicción?
- ¿Se siente segura/o dónde vive?
- Describa cómo es un día normal en su vida.
- ¿Alguien le ha herido de alguna forma? *[bofetada, golpe, empujón]*
- ¿Alguna vez le han atado a una silla o encerrado en una habitación?
- ¿Tiene miedo de alguien en casa?
- ¿Se siente sola/o?
- ¿Alguna vez le han amenazado, *(con castigos, ingreso en una residencia, etc.)*, o le reprenden?
- ¿Alguna vez le hablan o gritan haciendo que se sienta mal consigo misma/o?
- ¿Le han obligado a comer a la fuerza?
- ¿Alguna persona con las que vive no le habla?
- ¿Cuándo fue la última vez que comió con su familia, salió a pasear, fue a un espectáculo...?
- ¿Piensa usted que es una carga para ellos/as? *[Le dicen o hacen algo que haga que usted lo sienta así].*
- El cuidado y las atenciones que necesita, se las proporciona solamente un/a familiar o colaboran entre ellos/as para atenderla/e?
- ¿Alguna vez le han tocado partes íntimas de su cuerpo sin su consentimiento?
- ¿Le han forzado a realizar actos sexuales que no quería hacer?
- ¿Lleva usted sus asuntos económicos?
- ¿Alguien le ha llevado algo suyo o han utilizado su dinero sin su permiso?
- ¿Le han obligado a firmar algún documento que no entendiera y en contra de su voluntad?
- ¿Alguna persona de la familia con la que vive depende de usted para el alojamiento y económicamente?
- ¿Alguna vez le han negado la comida, medicamentos, y ropa necesarios?
- ¿Le llevan a las revisiones médicas pautadas y le dan el tratamiento como lo ordena el médico o la médica?
- ¿Le proporcionan gafas, prótesis dentales, audífono/s..., que necesita?
- ¿Puede salir de la casa cuando usted quiere?
- ¿Puede recibir visitas de amistades, familiares...?
- ¿Le controlan las llamadas telefónicas?



ANEXO 7. Entrevista semiestructurada a la persona posible responsable del maltrato [Barbero, J., Moya, A. 2005]

- ¿Cómo es su estado de salud tanto físico como mental?
- ¿Trabaja fuera de casa?
- ¿Cómo afronta el hecho de tener que cuidar de su familiar todo el tiempo?
- ¿Siente frustración por tener que afrontar el cuidado de su familiar?
- ¿Cree que ello le impide realizar actividades que considera importantes para usted?
- Describame por favor, cómo transcurre un día cualquiera.
- ¿Cuál es el estado médico del o de la familiar que cuida? ¿qué tratamiento tiene? ¿qué cuidados necesita?
- ¿Qué espera que su familiar haga por sí mismo/a?
- ¿Tiene usted algún poder firmado para actuar en su nombre?
- ¿Alguna vez ha estado a punto de “perder el control ante la/s demandas de su familiar?
- ¿Considera una pérdida de tiempo explicarle las cosas para que las entienda?
- ¿Hay alguna persona autorizada para sacar dinero de su cuenta bancaria?
- [Si en la entrevista con la persona mayor, se evidencian signos externos de posibles malos tratos (moratones, aspecto desaliñado, suciedad, ropa inadecuada a la época del año...), es esencial que se le haga preguntas directas sobre ello.



ANEXO 8. Escala de sobrecarga de la persona cuidadora

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) Mide el grado de sobrecarga subjetiva de las personas cuidadoras de personas dependientes.

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
	¿Se siente tenso/a cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
	¿Se siente avergonzado/a por la conducta de su familiar?	
	¿Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar?	
	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos/as y otros miembros de su familia?	
	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
	¿Siente que su familiar depende de usted?	
	¿Se siente agobiado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?	
	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
	¿Se siente incómodo para invitar amigos/as a casa, a causa de su familiar?	
	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
	¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
	En general: ¿Se siente muy sobrecargado/a por tener que cuidar de su familiar?	
TOTAL		

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones de la persona cuidadora cuando cuida a otra persona, cada uno de los cuales se puntúan en un gradiente de frecuencia que va desde 1 [nunca] a 5 [casi siempre]



Respuestas	Puntuación
Nunca	1
Casi nunca	2
A veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Interpretación:

Modelo de Interpretación	Puntuación
No sobrecarga	< 47 puntos
Sobrecarga leve	47 a 55 puntos
Sobre carga intensa	> De 55 puntos

Reevaluación: cuando la situación de la/del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en la persona cuidadora. De forma general se considera adecuado reevaluar la situación con carácter anual.



ANEXO 9. Documento de comunicación y coordinación del caso entre los servicios sociales municipales y las unidades de trabajo social sanitarias

Profesional que notifica el caso		
Apellidos:		Nombre:
Centro de trabajo:		Teléfono:
Fecha de notificación:	Fecha de conocimiento del caso:	
Servicio/Unidad: UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO		
Profesional a quien se deriva el caso		
Apellidos:		Nombre:
Centro de trabajo:		Teléfono:
Servicio/Unidad: SERVICIOS SOCIALES		
Identificación de la persona objeto de intervención		
Apellidos:		Nombre:
Domicilio		Localidad
Teléfono:	DNI:	Nº HC:
Fecha de nacimiento:		
Identificación de la persona o personas de referencia o apoyo		
Apellidos:		Nombre:
Conviviente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vinculo de relación:	DNI:
Dirección:		Teléfono:
Otra información:		
Breve descripción del caso detectado		
Sector de intervención:	<input type="checkbox"/> Infancia: <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Otros (_____) <input type="checkbox"/> Persona mayor: <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Otros (_____) <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/> Embarazo riesgo Psicosocial <input type="checkbox"/> Violencia de genero <input type="checkbox"/> Otros (_____) <input type="checkbox"/> Trastorno Mental: <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Otros (_____) <input type="checkbox"/> Persona con Diversidad funcional: <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Otros (_____) <input type="checkbox"/> Otros (_____)	
<p>[Ejemplo:</p> <p>Unidad familiar compuesta por Don/Doña _____ y su hijo/a Don/Doña _____. Según informan en una vivienda en régimen de alquiler.</p> <p>Este servicio ha iniciado intervención con la unidad familiar tras derivación del caso por el personal médico del centro de salud al detectar numerosas caídas en el domicilio, no concordar las lesiones con el relato, aparente falta de cuidados adecuados a la problemática de salud,...</p> <p>Habiendo intentado establecer contacto con los convivientes de Don/Doña _____ ha sido imposible, por lo que no se ha podido a valorar sobrecarga de la persona cuidadora.]</p>		
Actuaciones sociosanitarias realizadas con carácter previo a esta notificación:		
Motivo de la derivación: <input type="checkbox"/> Iniciar conjuntamente investigación e intervención sociosanitaria <input type="checkbox"/> Comunicar caso ya informado a Ministerio Fiscal. <input type="checkbox"/> Para tramitación de recursos de titularidad de la entidad a la que se notifica.		

Fecha de la derivación:

Firma y sello



ANEXO 10. Indicadores sociosanitarios de comunicación para el inicio de valoración de capacidad de obrar

Ámbito	Indicador	Si	No
PERSONAL	¿Cuenta con habilidades para el desenvolvimiento en la vida diaria?		
	¿Necesidad de ayuda de tercera persona para su aseo personal?		
	¿Necesita de una tercera persona para alimentarse o requiere de supervisión para ello?		
	¿Necesita de una tercera persona para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria?		
	¿Se presta un cuidado personal adecuado a su edad o circunstancias personales?		
	¿Se encuentra en situación que pueda atentar contra su integridad personal (falta de seguridad físico-psíquica)		
SANITARIO	¿Presenta un deficiente estado de salud general y mental?		
	¿Presenta un avanzado estado de abandono personal?		
	¿Se observa una inadecuada orientación?		
	¿Parece no gozar de plena lucidez?		
	¿Es capaz de manejar y administrarse adecuadamente la medicación pautada?		
	¿Es capaz de otorgar consentimiento para un tratamiento médico, quirúrgico, rehabilitador o farmacológico, consciente de sus implicaciones positivas y negativas, en el caso de no hacerlo?		
	¿Cuenta con habilidades suficientes para solicitar asistencia médica cuando lo requiere?		
	¿Cuenta con las habilidades necesarias para el control y seguimiento de sus citas médicas?		
SOCIAL	¿Presenta un deficiente grado de integración social?		
	¿Presenta dificultades para establecer interacciones interpersonales básicas y/o complejas?		
	¿Representa un riesgo para sí mismo/a?		
	¿Representa un riesgo para su entorno más próximo?		
ECONÓMICO	¿Cuenta con ingresos económicos suficientes para la cobertura de sus necesidades básicas?		
	¿Sabe manejar dinero de bolsillo?		
	¿Conoce la moneda en curso y su valor?		
	¿Posee capacidad de control de sus gastos/ingresos adaptada a sus necesidades?		
	¿Posee aptitudes para realizar operaciones económicas complejas?		
JURÍDICO	¿Es consciente de las implicaciones de otorgar poderes?		
	¿Es consciente de las implicaciones de otorgar un testamento?		
	¿Cuenta con capacidad suficiente para conocer el alcance de realizar préstamos, donaciones o cualquier otro acto de disposición patrimonial (negocios jurídicos)?		
SITUACIÓN	Irreversibilidad de la enfermedad o deficiencia psíquica		
	¿Cuenta con la capacidad para decidir el lugar más idóneo para su residencia?		

* La presencia o no de los indicadores descritos no establecen por sí mismos que la persona se encuentre en situación de incapacitación judicial, dado que las circunstancias personales, familiares, sociales, económicas y de salud hacen variar la casuística.



11.3. ANEXOS ÁMBITO SANITARIO

ANEXO 11. Principales signos e indicadores de abusos y malos tratos a personas mayores

Zona	Descripción de la exploración
Cabeza y cuello	Se debe examinar cuidadosamente la cavidad oral para detectar roturas dentales, prótesis dentales inadecuadas, fracturas mandibulares o maxilares, mala higiene oral, lesiones linguales o en la úvula. El examen oftalmológico también es importante para detectar lesiones agudas o crónicas (hemorragias vítreas, fracturas orbitales, etc.). Los traumatismos nasales pueden pasar desapercibidos si no se realiza una exploración detallada. Lesiones en la columna cervical pueden provocar trastornos neurológicos incapacitantes en pacientes con osteoporosis severa.
Piel	Las personas mayores maltratadas pueden presentar alopecia traumática, equimosis en distintos estadios, quemaduras y laceraciones. Se debe realizar fotografías para documentar este problema.
Tórax y abdomen	Los traumatismos torácicos y abdominales pueden dar lugar a hemotórax y hemoperitoneo respectivamente. Las fracturas costales son relativamente frecuentes en pacientes mayores con osteoporosis tras mínimos traumatismos. La rotura esplénica puede ocurrir tras un traumatismo importante en la cavidad abdominal. Se debe realizar una exploración torácica y abdominal exhaustiva para detectar estas patologías.
Extremidades	Pueden existir abrasiones alrededor de las rodillas o muñecas. En las extremidades inferiores, las abrasiones, erosiones y ulceraciones deben ser diferenciadas de las lesiones por estasis venosa y por isquemia arterial.
Exploración neurológica	Síntomas neurológicos focales pueden ser secundarios a mielopatía (secundario a traumatismo cervical) o al desarrollo de hematoma epidural (secundario a un traumatismo craneal). Se debe realizar el diagnóstico diferencial con déficit neurológicos isquémicos o isquemia transitoria. Documentar si la persona mayor padece cualquier enfermedad que le ocasione incompetencia para tomar decisiones por sí misma o para asumir su propio cuidado. Es necesario excluir la pseudodemencia secundaria a depresión exógena, así como otras causas reversibles de demencia y descartar que la persona mayor presente un cuadro de paranoia o que tenga ideas de delirio de "malos tratos".

- Explicaciones contradictorias o inverosímiles de las lesiones o de cómo ocurrió el incidente
- Disparidad en el relato de la historia por parte de la víctima y de la persona cuidadora
- La persona mayor maltratada es llevada al hospital o al c. de salud por otra persona
- Abandono en la sala de urgencias del hospital o en el c. de salud por su cuidador/a



- Frecuentes visitas al Servicio de Urgencias de a. primaria o especializada, por exacerbaciones de enfermedades crónicas a pesar de un tratamiento correcto y recursos adecuados
- Justificaciones de la persona cuidadora o familiar como “mama se cae mucho” o “se golpea con facilidad” y como tiene mala circulación le salen moratones casi a diario
- Demora en la atención médica. Intervalo prolongado de tiempo entre el trauma o la enfermedad y la visita a urgencias
- Falta de comunicación de la víctima con el personal médico cuando la persona cuidadora está presente
- Historia previa de episodios sospechosos de malos tratos
- La monitorización de fármacos demuestra dosis inadecuadas infraterapéuticas o toxicidad o empleo de fármacos (Psicotropos) no prescritos por personal médico



ANEXO 12. Guía de entrevista en la Unidad de Clasificación de Urgencias ante una víctima de malos tratos en un centro sanitario

1. Saludo: “Buenos días”/ “Buenas tardes”/ “Buenas noches”

2. Preguntar nombre: ¿Cómo se llama?

3. Motivo de consulta:

- **¿ Qué es lo que le ocurre? (lesión):**

- Accidente doméstico casual
- Maltrato físico
- Maltrato psíquico o emocional
- Abuso sexual
- Negligencia
- Autolesión
- Intoxicación no accidental
- Otros.....

- **¿ Quién le agredió?: (relación con la persona agresora)**

- Cónyuge o pareja
- Expareja o excónyuge
- Padre o madre
- Cuidador o cuidadora
- Hijos o hijas
- Otra persona de la familia
- Conocido/a
- Sin ninguna relación
- La víctima
- Otras personas.....

- **¿Cuál fue el mecanismo actuante?:**

- Acción directa de la persona agresora
- Arma de fuego
- Arma blanca
- Ingestión medicamentosa
- Otro.....

- **¿Parte del cuerpo agredido?**

- **¿Cuántas veces ha ocurrido esto anteriormente? (única o repetidas veces)**

- **¿Quién le acompaña? (familia, agresor/a, cuidador/a...)**

4. Valorada, priorizada y ubicada la víctima, se le informa sobre la sistemática de asistencia.

5. Al final: “ ¿Tiene alguna pregunta que hacer?”



ANEXO 13. Cuestionario de sospecha de maltrato o cuestionario para la detección del maltrato a personas mayores en un servicios de urgencias sanitario

[Canadian Task Force – American Medical Association]

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
5. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está solo/a amenudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?
10. 1: Maltrato físico; 2-5: M. Económico; 3-4-9: M. psicológico; 6: abandono; 7: Negligencia; 8: M. Sexual.



ANEXO 14. Clasificación clínica en el servicio de urgencias

Según el sistema Manchester el personal de enfermería de la unidad de clasificación o triaje registrará los datos de la víctima, la valoración y priorización, a su llegada al servicio de urgencias hospitalario. Consta de varios apartados:

- **Identificación de la víctima.** Recoge el nombre y apellidos, la edad, el sexo, la fecha de nacimiento, hora y fecha de llegada a urgencias, número de historia y número de seguridad social. Habitualmente el Servicio de Admisión proporciona una pegatina con todos los datos de la víctima y se colocará en esa zona. En su ausencia es preciso e importante cumplimentarlos manualmente.
- **Valoración de la víctima y priorización.** Recogida rápida de los datos relacionados con la agresión que presenta la víctima. Anotando en el apartado “otros motivos” el motivo de consulta (tipo de lesión), quién le agredió, el mecanismo actuante, parte del cuerpo agredida, si la agresión ha sido única o reincidente y la persona que le acompaña.
- **Antecedentes personales.** Antecedentes de interés o patologías previas conocidas, tratamiento actual y alergias.
- **Unidad donde se le prestará los cuidados necesarios, según el motivo de consulta.**
- **Datos previos.** Informes médicos, traslado de otro Hospital o A.P, si viene solo/a, acompañado/a, con la policía...
- **Datos del personal asistencial.** Nombre de la enfermera/o legible y firma.
- **En el apartado observaciones de la cara B:** Cuidados dispensados a la víctima que no han sido anotados previamente y respuestas de la víctima, agresor/a y/o familia.



ANEXO 15. Parte de lesiones (parte al Juzgado de Guardia)

El personal médico de urgencias ante la presencia de una víctima de malos tratos que presente algún tipo de lesión, tiene la obligación de emitir “el Parte de lesiones” y remitirlo posteriormente al Juzgado de Guardia del partido judicial al que pertenece la población.

Los apartados de los que consta son:

- Datos del centro o servicio sanitario
- Datos de filiación de la víctima (nombre y apellidos, DNI, edad, sexo, estado civil, profesión).
- Datos de filiación del acompañante
- Causa presumible de las lesiones: Datos de interés médico–legal manifestados por la víctima como fecha, hora, lugar, tipo de agresión (física, negligencia/abandono...) y parentesco y/o relación con la víctima.
- Datos clínicos: Naturaleza y descripción de las lesiones, reflejando “Múltiples lesiones recogidas en el Anexo a la Historia Clínica”, tratamiento inicial requerido, plan de actuación y pronóstico clínico
- Datos identificativos del personal facultativo que efectuó el reconocimiento

El Parte de lesiones tiene tres copias siendo el destino, una para el Juzgado de Guardia, otra para la Administración y otra para el registro (Historia Clínica).

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA DE ÁREA V

**PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA PARA LA COMUNICACIÓN
DE ASISTENCIA SANITARIA POR LESIONES**
DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO:

Tipo de vía
Nombre de la vía
Nº de la vía
Código PostalMunicipio
Provincia
País
Teléfono

FECHA DE LA ASISTENCIA

HORA DE LLEGADA AL CENTRO

DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA

CIP CA

Nº SEGURIDAD SOCIAL

APELLIDOS:

NOMBRE:

SEXO:

DNI/T. Residente/Pasaporte:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

DOMICILIO:

CIUDAD:

C.P.:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

Teléfono móvil:

DATOS DE FILIACIÓN DEL ACOMPAÑANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI/T. Residente/Pasaporte:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO:

DOMICILIO:

CIUDAD:

C.P.:

PROVINCIA:

CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)

LUGAR DEL ACCIDENTE:

TIPO:

DATOS CLÍNICOS

NATURALEZA DE LAS LESIONES EN EL MOMENTO DEL INGRESO:

DIAGNÓSTICO:

OTROS DIAGNÓSTICOS:

TRATAMIENTO INICIAL REQUERIDO:

PLAN DE ACTUACIÓN:

PRONÓSTICO CLÍNICO:

Lo que ante la posible condición de esta institución de perjudicada en el siniestro, y por si los hechos pudieran constituir infracción penal, se comunica a los efectos judiciales el día

MEDICO RESPONSABLE	ESPECIALIDAD <\$Autor informe.especialidad\$>	CENTRO SANITARIO
	SELLO OFICIAL DEL SERVICIO DE SALUD Nombre y apellidos: <\$Autor informe.nombre\$> <\$Autor informe.apellido1\$> <\$Autor informe.apellido2\$> CIAS: <\$Autor informe.CIAS\$> Nº Colegiado: <\$Autor informe.numero_colegiado\$>	FIRMA FECHA <\$Autor informe.fechaHoy\$>

ILMO. SR. JUEZ o ILMA SRA. JUEZA DE GUARDIA DEL JUZGADO.....

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



11.4. ANEXOS ÁMBITO INSTITUCIONAL – SERVICIOS SOCIALES

ANEXO 16. Entrevista semiestructurada a la persona mayor (Barbero J., Moya A. 2005)

- ¿Cómo se encuentra en el Centro? ¿Cómo se siente?
- Describa un día normal en el Centro
- ¿Cómo le tratan sus compañeros/as y el personal del Centro? ¿Considera que es el trato adecuado?
- ¿Está satisfecha/o con la ayuda que recibe del personal?
- ¿Le han privado de comida, ropa, calzado, medicación o negado la asistencia?
- ¿Alguien le ha tocado de forma que no le guste o haciéndole daño?
- ¿Le han zarandeado o manipulado alguna vez de manera inadecuada?
- ¿Alguien le ha atemorizado, amenazado o se han burlado de usted?
- ¿Se ha sentido alguna vez coaccionado/a o intimidado/a por alguna persona de este centro?
- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
- ¿Tiene miedo a quedarse a solas con alguna persona del centro?
- ¿Le han prohibido salir, llamar o recibir visitas de familiares?
- ¿Tiene suficiente intimidad en el Centro?
- ¿Se ha sentido mal porque no han respetado sus decisiones u opiniones?
- ¿Alguien le ha quitado sus pertenencias sin permiso u obligado a firmar documentos?
- ¿Dispone libremente de su dinero?



ANEXO 17. Entrevista semiestructurada a familiares, testigos u otras personas informantes

- ¿Cuál ha sido la situación que le ha contado su familiar? ¿Cuándo ha ocurrido?
- ¿Qué signos o indicios ha observado?
- ¿Hablan de cómo se encuentra en el Centro: si está satisfecho/a con la atención, cómo le tratan, si se encuentra a gusto con sus compañeros y compañeras, etc.?
- ¿Le verbaliza alguna queja o situación negativa?
- ¿Alguna vez le ha dicho de forma inesperada que no quiere estar en el Centro?
- ¿Ha percibido algún cambio repentino sin motivo aparente en su estado de ánimo?
- ¿En casa se muestra retraída/o, ausente, temerosa/o, etc.? ¿Cómo se comporta durante las visitas o cuando le llama?
- ¿Ha notado un cambio en su nivel de actividad? ¿Se muestra más apático/a y sin interés por actividades que antes consideraba gratificantes?



ANEXO 18. Entrevista semiestructurada a la persona posible responsable del maltrato [Barbero J., Moya A. 2005]

- ¿Qué ha ocurrido? ¿Qué situación crees que puede haber desencadenado la queja/denuncia de este usuario/familia?
- ¿Te sientes satisfecha/o y recompensada/o en el trabajo o con la labor de cuidado?
- ¿Crees que cuidar /trabajar con personas mayores es frustrante y emocionalmente agotador?
- ¿Alguna vez has estado a punto de perder el control ante las demandas excesivas de una persona usuaria / familiar?
- ¿Qué credibilidad otorgas a la opinión o queja de una persona usuaria / familiar?
- ¿Consideras que las personas mayores son como niños y niñas a quienes hay que poner límites?
- ¿Consideras una pérdida de tiempo informar a la persona mayor?
- ¿Desistes de hacerlo en el caso de que haya dificultades de comunicación o comprensión?
- ¿Consideras que abor das de manera satisfactoria los conflictos que con frecuencia se producen en el trabajo, con otros/as compañeros/as o con personas usuarias?
- ¿Piensas que este trabajo te da la oportunidad de influir positivamente en la vida de otras personas, o que por el contrario te endurece e insensibiliza?
- ¿Cómo afronta el hecho de que su familiar resida en el Centro? ¿Se siente culpable o frustrado por ello?
- ¿Cuáles son sus expectativas sobre su familiar? ¿Qué espera que haga por sí mismo?
- ¿Cómo afronta el empeoramiento de su estado de salud?



ANEXO 19. Escala de valoración para la intervención [para su aplicación por personal interno al centro]

Fecha de cumplimentación: / /

RECURSO /SERVICIO

PROFESIONALES QUE REALIZAN LA VALORACIÓN:

Identificación de la persona mayor

Grado de Dependencia reconocido de la persona mayor:

INDICADORES	
Presenta signos de falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado o inadecuado para la época del año)	
Carece de las ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis, andador, silla de ruedas, etc.) o las lleva rotas o en mal estado cuando tiene capacidad económica	
Uso innecesario de medidas que anticipan o aumentan la dependencia (absorbentes, silla de ruedas, suplir capacidades, etc.)	
Uso injustificado de contenciones físicas	
Presenta problemas de salud que pueden deberse a un inadecuado cuidado (malnutrición, deshidratación, hipotermia, infecciones, UPP, etc.)	
Antecedentes de lesiones graves causadas por accidentes injustificados	
Carece de la atención sanitaria que requiere	
Manifiesta que el personal del Centro le trata mal (pequeñas agresiones, demoras en la atención, le dejan sola/o, etc.)	
Quejas explícitas de trato inadecuado	
Alimentación a la fuerza. Restricción como castigo	
Confinamiento en espacios cerrados (habitación, sala, etc.)	
Restricción injustificada de las visitas y contactos familiares y sociales	
Parece tener miedo ante situaciones cotidianas o personas cercanas a ella (personal, compañeros/as o familiares) Cambios bruscos en su estado de ánimo	
Cambios bruscos de comportamiento en presencia de la persona presunta agresora	
Explicaciones contradictorias que no obedecen a confusión mental	
Manifiesta que carece de intimidad y privacidad	
Ausencia de respuesta a los problemas / quejas planteadas	
Presenta evidencias físicas de agresión sexual (moratones, sangrados, etc)	
Manifiesta amenazas, burlas o intimidaciones de compañeros/as, familiares o trabajadores en el Centro	
Nivel de actividad inadecuado a su estado y preferencias	
Ausencia de autonomía. Carencia de toma de decisiones	
Facturas impagadas cuando dispone de medios económicos	
Ausencia de control del dinero y asuntos económicos contra su voluntad	
Privación de pertenencias sin su permiso. Firma de documentos contra su voluntad	



Cambios de documentos legales y/o financieros cuando la persona mayor no es capaz de tomar decisiones	
Solicitud de incapacitación legal sin ningún informe médico que lo justifique	
Deficiencias en el estado, funcionamiento, limpieza o higiene de locales, instalaciones, mobiliario o enseres	
Barreras arquitectónicas. Condiciones de inseguridad en el Centro	
FACTORES CONDICIONANTES	
Gravedad del comportamiento [Tipo, intensidad, frecuencia, duración, intencionalidad, consecuencias para la persona mayor]	
Características de la persona mayor Estado de salud (físico y cognitivo), autonomía/ capacidad de decisión, vivencia de la situación, vulnerabilidad.	
Características de la persona responsable Sobrecarga, conocimiento/ expectativas sobre la persona mayor, estado de salud, relación con la persona mayor, etc.	
Otros	
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	

Este cuestionario es el instrumento que posibilitará la valoración acerca de la posible existencia de un trato inadecuado o maltrato a la persona mayor.



ANEXO 20. Cuestionario de factores de riesgo [para su aplicación por personal externo al centro]

CUESTIONARIO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL					
Fecha de cumplimentación: / /					
Lugar donde se presta la atención o intervención:					
Profesional que efectúa el cuestionario:					
Identificación de la persona mayor					
Grado de Dependencia reconocido de la persona mayor:					
FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA LA PERSONA MAYOR			SI	NO	N/S
Carencia de familia o poca implicación de la misma con la persona mayor					
Deterioro cognitivo o enfermedad mental junto con alteración de conducta, conductas agresivas					
Rechazo del rol pasivo o cuestionamiento de las normas de la institución					
Demandas excesivas y repetitivas					
Discapacidad y /o dependencia					
FACTORES DE RIESGO ORGANIZATIVOS DE LA INSTITUCIÓN					
Organización de la institución centrada en el trabajo y no en la persona mayor. Rigidez en las normas					
Cuidados centrados en la supervivencia de las personas, no en sus gustos y costumbres					
Infradotación de personal y/o material. Carencia de productos de apoyo adaptados a las necesidades individuales.					
Carencia de protocolos de trabajo. Ausencia de liderazgo y supervisión. Inexistencia de un plan de formación continua					
Carencia o inexistencia de cauces de participación en el centro					
Instituciones con características <i>endogámicas</i> , cerradas a la comunidad					
Condiciones laborales de las/os trabajadoras/es: salarios bajos, turnicidad, sobrecarga de tareas, etc. Conflictos de equipo					
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PERSONAL					
Carencia de formación y actitud negativa acerca de los planes de formación continua					
Escasa capacidad para tolerar la frustración y controlar la ansiedad					
Psicopatologías latentes					
Modos de trato cotidianos: infantilización, deshumanización, despersonalización y victimización. Estereotipos negativos sobre las personas mayores					
OBSERVACIONES: Otros riesgos observados respecto a este ámbito en el que se encuentra la persona mayor.					
Este cuestionario es el instrumento que posibilitará la observación acerca de la posible existencia de malos tratos a la persona mayor, cuando el resultado del mismo afecte a más de un apartado y refleje un SI en 2 o más ítems por apartado					

NÚMEROS PUBLICADOS

SERIE NORMATIVA Y PROCEDIMIENTOS

-  01. CUADERNO RECOPIULATORIO DE LEGISLACIÓN RELATIVA A MENORES DE EDAD
-  02. MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

SERIE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

-  01. EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL SALARIO SOCIAL BÁSICO EN ASTURIAS. EVOLUCIÓN, PERFILES, PROCESOS DE SALIDA Y RETORNO ECONÓMICO
-  02. LAS MEDIDAS DE INCORPORACIÓN VINCULADAS AL SALARIO SOCIAL BÁSICO EN ASTURIAS. SITUACIÓN, EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS

SERIE PLANES Y PROGRAMAS

-  01. ESTRATEGIA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (ESTRENA). PRINCIPADO DE ASTURIAS 2018-2021

SERIE DOCUMENTOS TÉCNICOS

-  01. PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES
-  02. PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES. GUÍA DE ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES: CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES Y UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL
-  03. PROTOCOLO SOCIOSANITARIO PARA LA PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES. GUÍA DE ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES: CENTROS, PROGRAMAS O SERVICIOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

IDENTIFICACIÓN DE LA COLECCIÓN

SERIES

NORMATIVA Y PROCEDIMIENTOS

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

PLANES Y PROGRAMAS

DOCUMENTOS TÉCNICOS

ICONOS TEMÁTICOS



SERVICIOS SOCIALES



INCLUSIÓN SOCIAL



PERSONAS CON DIVERSIDAD
FUNCIONAL



PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y
PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA



INFANCIA

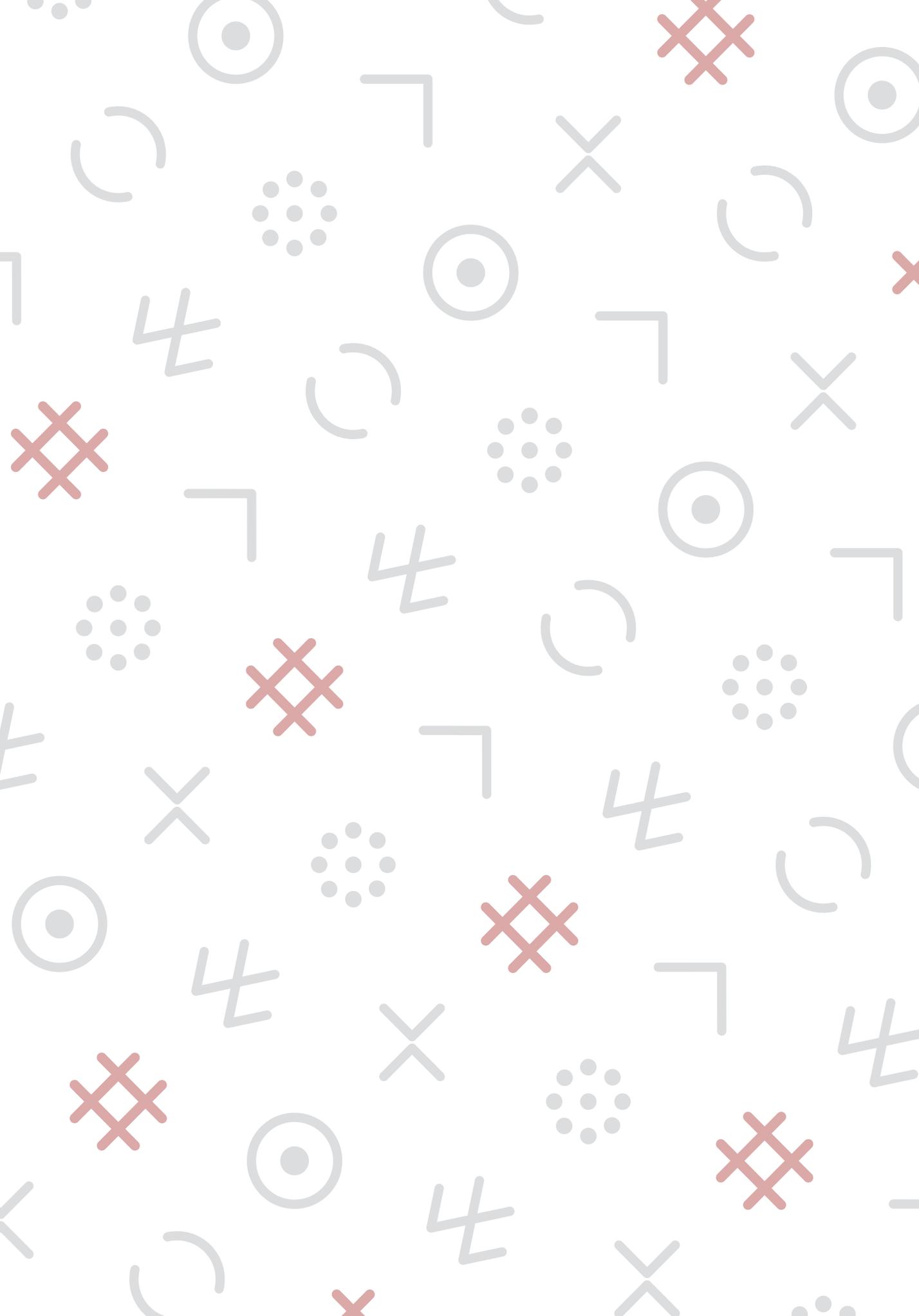


PERSONAS MAYORES



VIVIENDA

En virtud de las competencias que tienen atribuidas corresponderá a las personas titulares de las consejerías competentes en materia de atención a personas mayores y en materia de sanidad, dictar cuantas instrucciones sean necesarias para la adecuada interpretación y aplicación práctica del presente protocolo.





GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS