

VEJEZ, NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

**La perspectiva de los mayores
y de los profesionales**

Investigación cualitativa de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
IMSERSO

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIAS Y DISCAPACIDAD
IMSERSO

Coordinación de la investigación: Francisco Sánchez del Corral
María Teresa Sancho Castiello

Elaboración de informes

I Parte: Sandra García Armesto
Guadalupe Pajares Carbajal

II Parte: Teresa Aranda Jacotot

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

Primera edición: 2004

© IMSERSO, 2004

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad
IMSERSO
Avda. de la Ilustración, c/v Ginzo de Limia, 58
Tel. 91 363 89 35 - 28029 Madrid

NIPO: 209-04-055-0

ISBN: 84-8446-076-2

Depósito Legal: M. 42.956-2004

Imprime: **ARTEGRAF, S.A.**

C/ Sebastián Gómez, 5
28026 Madrid

ÍNDICE

	<u>Páginas</u>
PRESENTACIÓN DEL IMSERSO	9
PRESENTACIÓN DE LA SEGG	11
PARTE I	
VEJEZ, NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO.	
La perspectiva de las personas mayores	
I. INTRODUCCIÓN	15
II. OBJETIVOS	19
III. METODOLOGÍA	21
1. Diseño muestral y producción de datos	25
1.1. Entorno rural	30
1.2. Entorno urbano	31
2. Análisis de los datos	33
IV. RESULTADOS	35
1. Aspectos críticos en las expectativas de los mayores sobre calidad de vida en la vejez	35
1.1. La independencia económica	35
1.2. Valor social	38
1.3. La comunidad	41
1.4. La esfera afectiva: familia y pareja	44
1.5. La función de los cuidadores	49
1.6. La seguridad / tranquilidad	51
2. Maltrato, abuso, desamparo	57
2.1. ¿Qué constituye “mal trato”?	58
2.1.1. La objetualización / estigmatización del anciano en la representación de los jóvenes	58

	<u>Páginas</u>
2.1.2. Contexto social global que induce “ <i>mal trato</i> ” ..	60
2.2. Tipos de “ <i>mal trato</i> ”	62
2.2.1. La esfera privada	63
Explotación como “mano de obra” gratuita	63
Destitución familiar	64
Desarraigo	65
Explotación económica de los afectos	67
Abandono	68
2.2.2. La esfera pública o institucional	71
La asistencia sanitaria	71
El déficit de dispositivos sanitarios específicos ...	71
Las “instituciones totales”	73
2.3. La invisibilidad	75
3. Instancias competentes	79
3.1. Los servicios sociales	79
3.2. Los servicios sanitarios	80
3.3. La comunidad	81
3.4. La inspección	81
4. Propuestas y alternativas	83
4.1. Las pensiones	83
4.2. Extensión y calidad de los servicios sociales públicos ...	83
4.3. Fomento de las residencias públicas	87
4.4. Autoorganización	90
V. CONCLUSIONES	93
VI. BIBLIOGRAFÍA	101
VII. ANEXOS	103

PARTE II

VEJEZ, NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO. La perspectiva de los profesionales

I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	111
II. METODOLOGÍA	113

	<u>Páginas</u>
III. ANÁLISIS DE RESULTADOS	119
1. Tipología de profesionales que trabajan con mayores	119
1.1. Especialización y formación profesional	119
1.2. Motivación profesional	123
1.3. El trabajo profesional	126
2. Percepción de la población mayor desde los profesionales ..	131
2.1. Como grupo social con derechos	131
2.2. Como personas con familia	135
2.3. Como pacientes. Como residentes	138
3. Negligencia, abuso y maltrato	141
3.1. Conceptualización de los términos.....	141
Negligencia	145
Abuso	150
Maltrato	162
3.2. Circunstancias más proclives a ocasionar negligencia, abuso y maltrato	164
4. Causas que propician la negligencia, el abuso y el maltrato ..	179
4.1. Relacionadas con los profesionales.....	179
4.2. Relacionadas con la profesión	183
4.3. Relacionadas con factores institucionales	189
4.4. Factores de riesgo en la negligencia, abuso y maltrato, según categorías profesionales	192
5. Correlación entre grupo de riesgo, tipología profesional y categoría de la negligencia, abuso y maltrato	195
6. Soluciones para la prevención de la negligencia y el abuso ..	203
IV. SÍNTESIS	209
V. ANEXO: GUIONES PARA LA MODERACIÓN DE LOS GRUPOS ...	221

PRESENTACIÓN DEL IMSERSO

En el año 2002 el IMSERSO firmó un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología con el fin de avanzar, desde una perspectiva multidisciplinar, en el estudio de las situaciones de maltrato hacia el colectivo de personas mayores y en el diseño de intervenciones para prevenir y erradicar este gravísimo problema.

De hecho, ha sido uno de los temas centrales de atención tanto en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento como en los foros científicos y de ONG, que se celebraron en torno a esta II AME en Madrid. Aunque es evidente que no es un tema nuevo, sólo en los últimos años la sociedad está tomando conciencia de su existencia y cada vez son más los equipos multidisciplinarios que están acercándose a esta problemática. Hasta ahora, de forma puntual y en áreas muy localizadas. Es por ello que desde el IMSERSO y la SEGG hemos querido abordar esta problemática desde el ámbito del Estado.

La realidad de la violencia con las personas mayores es de una enorme complejidad que requiere el consenso de numerosos colectivos: profesionales de los servicios sociales y sanitarios, representantes de las personas mayores, medios de comunicación, responsables del ordenamiento jurídico, asociaciones de familiares, etc. Pero sobre todo requiere de la máxima prudencia por parte de todos los implicados en su detección y erradicación. No olvidemos que sus características son muy diferentes a las de otros sectores en los que se desarrollan situaciones de violencia (infancia, mujeres,...).

Por todo ello, hemos abierto una línea estable de intervención-acción con una sociedad científica como la SEGG de carácter multidisciplinar y que reúne a la gran mayoría de los profesionales que trabajan en este sector.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la Red INPEA, hemos comenzado por investigar acerca de las percepciones y representaciones sociales que tanto las personas mayores como los profesionales tienen sobre el maltrato. Les presentamos a continuación los informes de dos estudios cualitativos realizados para este fin. En ellos podrán observar la precisión y claridad de ideas de los dos colectivos relacionados con este problema. Sus reflexiones y percepciones han sido decisivas en el proceso de elaboración de una guía de recomendaciones para profesionales que verá la luz en los próximos meses, como continuación al proceso de investigación-acción-sensibilización que abrimos con estos trabajos.

Todavía no disponemos de datos epidemiológicos claros sobre el número de personas mayores que han sufrido algún tipo de trato inadecuado o son susceptibles de padecerlo. La dificultad de cuantificar situaciones tan complejas y oscuras es enorme. Pero está claro que mientras avanzamos en la investigación es necesario empezar a poner en marcha medidas rápidas y eficaces para evitar estas situaciones. La formación de los profesionales y la conciencia de la sociedad sobre el tema, así como las medidas de perfeccionamiento de nuestro sistema jurídico para la protección de los derechos de las personas mayores, deben ser iniciativas a desarrollar de inmediato. Todo ello sin olvidar la necesidad de hacer más accesibles los recursos sociales y sanitarios destinados a las personas mayores, así como todo tipo de programas que apoyen y palien las tareas de cuidado que en este momento realizan los familiares, a veces en condiciones difícilmente soportables que pueden generar conductas inadecuadas hacia personas mayores especialmente frágiles.

Prudencia, rigor y firmeza son conductas indispensables. Pero también educación, conciencia social y cambio de actitudes hacia las personas mayores. Tanto desde el IMSERSO como desde la SEGG lo estamos intentando.

Septiembre 2004
DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

PRESENTACIÓN DE LA SEGG

En la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) creemos que podemos influir de forma significativa, como sociedad científica que somos, en el bienestar de las personas mayores que viven en nuestro país. En este sentido se entiende la investigación cualitativa que se publica en este libro, en estrecha colaboración con otra institución no menos preocupada también por dicho bienestar: el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Ya podemos saber lo que entienden por trato inadecuado las personas mayores en España. No es lo mismo que cómo lo sienten los mayores de otros países, con culturas, costumbres o prioridades muy diferentes. Los resultados desmontan ciertos tópicos o creencias, como por ejemplo que el maltrato entendido como hacer daño intencionadamente es algo afortunadamente poco frecuente y no como a veces se dice con escaso rigor y exceso de sensacionalismo.

También estamos ya en condiciones de afirmar lo que es negligencia, abuso o maltrato a la persona mayor según la percepción de los diferentes tipos de profesionales que les atienden en domicilios, residencias u hospitales. Nos dicen también cuánto de frecuente suelen ser estas actitudes, pero sin entrar en porcentajes, algo que ya sí se puede hacer, a partir de estos dos estudios, mediante futuras y necesarias investigaciones cuantitativas: ya están puestas las bases para poder saber cuánto de frecuente es la negligencia, el abuso y el maltrato y poder aplicar las soluciones adecuadas para que no suceda. Quizás lo más llamativo de ese segundo estudio es lo frecuente que son las negligencias y abusos en el ámbito institucional, tanto que pueden llegar a producirse sin que se sea a veces consciente de que se están llevando a cabo.

Quizás sólo ha faltado la aportación de los propios familiares, los cuidadores principales, auténticos protagonistas de los cuidados a las personas mayores dependientes, y con frecuencia acusados injustamente en ser causantes de lo que este libro quiere poner en evidencia para así poderlo evitar.

Isidoro Ruipérez Cantera
Presidente de la SEGG

PARTE I

**VEJEZ, NEGLIGENCIA, ABUSO
Y MALTRATO.**

**La perspectiva de las
personas mayores**

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al análisis de la investigación cualitativa que sobre las perspectivas de los mayores españoles acerca del maltrato se ha llevado a cabo desde el Centro Universitario de Salud Pública (CUSP), en el contexto de un proyecto más amplio dirigido desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) y apoyado por un convenio entre ésta y el IMSERSO, orientado a abordar desde distintos ángulos el problema del maltrato a ancianos en España.

La parte del proyecto que a continuación se presenta, responde en cierta medida al reto planteado por el estudio *“Missing voices. Views of older persons on elder abuse”* (WHO / INPEA 2002), promovido por la Organización Mundial de la Salud e INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse). Se trata de una investigación cualitativa llevada a cabo en ocho países, que recoge los puntos de vista de los protagonistas más cercanos al problema, personas mayores y profesionales de atención primaria de salud. Este proyecto se presentó como primer paso en un marco más amplio para el desarrollo de una estrategia global de prevención del maltrato a ancianos que pudiera orientar la puesta en marcha de medidas políticas, investigación y acciones específicas en cada entorno concreto.

A pesar de las notables similitudes apreciadas en el discurso de los sujetos de estudio de distintos países, esta investigación señalaba la relevancia de los contextos culturales y sociales en el análisis que los sujetos hacen de lo que es susceptible de ser considerado maltrato, así como de aquello que identifican como medio aceptable de prevenirlo o paliarlo y los actores sociales a los que atribuyen responsabilidades a este respecto. De ahí que entre sus conclusiones se recomendara la reproducción de estudios de este corte en contextos naciona-

les, de forma que la información obtenida fuera más congruente con las realidades donde se han de diseñar y aplicar las políticas.

Recogiendo este guante para el contexto español se puso en marcha la investigación de la que informa esta memoria, centrada en el punto de vista de las personas mayores. El estudio de las perspectivas de los profesionales asistenciales, sobre todo en el marco de la atención primaria de salud, se considera igualmente relevante, dada su condición de dispositivos fundamentales de detección de las situaciones de maltrato, pero se ha optado por un planteamiento secuencial en el que se ha priorizado la obtención del punto de vista de los mayores, considerando que es, probablemente, el más desconocido de los dos.

El marco teórico desde el que se ha enfocado el problema del maltrato a ancianos en este estudio es bastante similar al planteado implícitamente en el informe WHO/INPEA al que se ha aludido, cuando se apunta la influencia de factores culturales en la representación social de este fenómeno.

Tal como Jodelet (1993) lo define, se entiende por representación social una forma particular de conocimiento que tiene una génesis y una expresión sociales y una función pragmática en la inducción de los comportamientos y las prácticas, concurriendo a la construcción de una realidad común a un conjunto social. Son sistemas de pensamiento que relacionan a los sujetos con el mundo y con los demás, y les permiten interpretar y reconstruir significativamente la realidad. Remiten a fenómenos cognitivos que aportan direcciones afectivas, normativas y prácticas que organizan la comunicación social. Desde este punto de vista, si lo que se pretende investigar es qué conductas o actitudes hacia los mayores son valoradas por éstos como inaceptables o constitutivas de maltrato, será necesario aproximarse a la vez al *patrón* que están empleando para hacer ese juicio, esto es, aquello que consideran razonable o adecuado, que se convierte en *norma* y que vendrá dado por sus expectativas de mantener una determinada calidad de vida en la vejez. El marco de sentido desde el que consideran algo como un menoscabo injustificable o rechazable del bienestar que *razonablemente* les corresponde, variará según donde se sitúen tales expectativas, y, evidentemente, este *dintel* tendrá una parte totalmente contextualizada en su entorno, que diferirá no sólo por factores culturales como los argumentados en el informe WHO/INPEA, sino por un entramado de factores sociales y económicos que modulan la representación social de lo *mínimo necesario* en cada contexto.

En coherencia con el enfoque expuesto, se planteó una investigación que abordara desde la perspectiva de los mayores los factores críticos en la representación de la calidad de vida en la vejez, de los que depende que ésta se deteriore o no. Los significados que los propios actores atribuyen al constructo *maltrato*, los campos semánticos que evoca y la carga afectiva que trae de la mano, son interpretables una vez conocidos estos factores determinantes y desde qué universo de sentido los formulan. No se trata, por tanto, de un estudio encaminado a testar o recoger la valoración que a los mayores les merecen las distintas acepciones y clasificaciones de maltrato que los expertos ofrecen, sino de averiguar cómo lo conciben y definen las personas mayores.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar las perspectivas, actitudes y creencias de los ancianos españoles sobre el maltrato en personas de edad.

Objetivos específicos

1. Averiguar sus ideas, percepciones y mitos acerca de lo que es una vejez plena y satisfactoria y qué factores valoran como principales para su disfrute o no.
2. Conocer sus percepciones, ideas y creencias sobre lo que es el maltrato a ancianos, cómo de frecuente lo estiman y a qué causas lo atribuyen.
3. Analizar qué recursos institucionales identifican como válidos o adecuados para evitar o paliar las situaciones de maltrato y qué carencias perciben en este sentido.
4. Recoger las propuestas/alternativas que formulan para prevenir que se den las situaciones que identifican como maltrato y remediarlas.

III. METODOLOGÍA

Como se desprende de los objetivos enunciados, esta investigación se centra en la perspectiva de los propios actores sociales. Se persigue comprender cuáles son sus expectativas sobre una buena vejez, qué factores consideran determinantes para que ésta se dé o no. En función de tales expectativas –socialmente construidas y por lo tanto contextualizadas– se pretende conocer qué situaciones o comportamientos valoran como inaceptables por ir en detrimento de la posibilidad de disfrutar de la calidad de vida esperable, esto es, qué constituye desde su punto de vista maltrato, desamparo o abuso por parte de cualquiera de los actores que perciben como relevantes respecto a una persona anciana. Así mismo, se busca averiguar qué sentido atribuyen a estos comportamientos que consideran inadecuados. En suma, se pretende estudiar la representación social que las personas mayores tienen sobre el fenómeno del maltrato al anciano en nuestra sociedad. La comunicación y el lenguaje son los mecanismos fundamentales de transmisión y creación de la realidad, y el marco en el que ésta cobra sentido para los sujetos (Berger y Luckman 1991). De ahí que el estudio de las representaciones sociales se obtenga a partir del análisis del discurso de los sujetos que las portan o crean.

El enfoque metodológico adecuado para abordar un objeto de estudio de esta naturaleza es de tipo fenomenológico, esto es, centrado en captar el punto de vista de los actores sociales, definido con sus propias categorías (Taylor y Bogdan 1992). Las técnicas ligadas a este enfoque reciben el nombre genérico de técnicas cualitativas de investigación. El rasgo común de estas técnicas es que trabajan con el habla, sus datos son las palabras, el discurso de los actores sociales, convertidos en hablantes, que reproducen el discurso de su clase de equivalencia en dispositivos técnicos creados *ad hoc*. De ahí que estas técnicas se denominen de producción y no de recogida de datos (Delgado y Gutiérrez, 1994).

A la luz de lo expuesto, profundizar en la perspectiva de los mayores, cubriendo todos los objetivos enunciados en el capítulo anterior de esta memoria, requería la utilización de una metodología que permitiera obtener información comprensiva, empleando técnicas cualitativas de producción de datos.

El ámbito de estudio definido fue el Estado español. Los sujetos de estudio fueron las personas mayores no expuestas, en principio, a maltrato.

Criterios de inclusión:

- i) Tener entre 65 y 75 años de edad.
- ii) Vivir en comunidad, esto es, fuera de instituciones sociosanitarias.
- iii) Ser física y económicamente autosuficiente.

Se eligió el tramo de edad descrito en el criterio i) por dos razones: en primer lugar, el límite inferior se fijó en los 65 años, en lugar de los 60 fijados en el estudio INPEA, con el fin de asegurar que se trataba de población no activa laboralmente de acuerdo con la legislación española. Se consideró que la circunstancia de percibirse a sí mismos como población activa en el sentido laboral podía marcar cierto distanciamiento *vivencial* respecto a los problemas de las personas mayores, que resultaba indeseable para los objetivos de este estudio, encaminado a obtener una visión desde los propios protagonistas. En segundo lugar, se eligió como límite superior la edad de 75 años tratando de seleccionar una muestra de mayores “jóvenes”, en el sentido de presentar menor riesgo de limitaciones físicas que pudieran mermar su autonomía de forma crítica, lo que *a priori* les situaría en una posición de mayor susceptibilidad a padecer maltrato o desamparo de alguna clase, circunstancia que para los fines del estudio resultaba necesario evitar.

Criterios de exclusión:

- i) Haber ejercido como profesional sanitario o de servicios sociales en su vida laboral.
- ii) Ser familiar próximo de profesionales sanitarios o de servicios sociales.
- iii) Padecer limitaciones en las capacidades cognitivas.
- iv) Padecer limitaciones en la capacidad auditiva o del habla.

La aplicación de los criterios de exclusión i) y ii) pretendía evitar visiones de alguna manera «tecnificadas» del bienestar de los ancianos o del problema del maltrato, ya que lo que se buscaba era el discurso más tópico de la población general, no el enfoque especializado o mediado por experiencias peculiares por razones de parentesco cercano con especialistas.

Los criterios iii) y iv) desempeñaron una doble función: por un lado, garantizar la competencia de los participantes para desenvolverse en una discusión de grupo, por el otro, excluir condiciones que se presumen como factores de riesgo para sufrir maltrato, dado que lo que se pretendía era obtener el punto de vista de población no expuesta a ello.

1. DISEÑO MUESTRAL Y PRODUCCIÓN DE DATOS

Para diseñar una muestra estructuralmente representativa –que incluyera todas las clases de hablantes presentes entre la población general entre 65 y 75 años con respecto al maltrato (Gutiérrez y Delgado 1994)–, fue necesario estratificar la población de personas mayores del Estado español siguiendo varios criterios:

Se trataba de incluir puntos de vista sobre el maltrato a ancianos de personas que habitaran tanto en el entorno urbano como en el rural. Se consideró que las diferencias en cuanto a dotaciones específicas, ritmos de vida, redes de relaciones y cohesión social entre uno y otro medio podían condicionar discursos diferentes respecto a las expectativas de calidad de vida en la vejez y, en consecuencia, variaciones en las condiciones valoradas como maltrato.

Siguiendo el mismo criterio, se estimó oportuno hacer una distinción entre entornos urbanos grandes y *ciudades pequeñas* para asegurar que ambas variantes discursivas estaban representadas en la muestra. Y, de igual forma, se buscó incluir en la muestra tanto entornos rurales *puros* como aquellos que por estar más próximos a algún núcleo urbano pudieran presentar ciertas características diferenciales en cuanto a dotación o acceso a recursos sociosanitarios. En esta última categoría no se incluían los enclaves de población definidos convencionalmente como “ciudades dormitorio”, crecidos al calor de las grandes urbes, sino que se trataba más bien de pueblos con una evolución demográfica estable en los que la mayor parte de los habitantes fueran autóctonos.

A la vez, la necesidad de dotar a la muestra de representatividad nacional, dentro de las limitaciones de un estudio que pretendía ser un primer paso en el abordaje de este problema en nuestro país, germen de otros trabajos más que investigación exhaustiva, determinó la necesidad de incluir como factor diversificador las variantes culturales respecto a las instituciones familia y comunidad en distintas áreas del Estado. Dentro de este carácter de aproximación *gruesa*, se consideró relevante incluir tanto hablantes procedentes del norte de España como del sur, con la hipótesis de que podían existir diferencias tanto en cuanto a la extensión de lo que se considera núcleo familiar y el papel de la mujer en la vida social, como por lo que se refiere al uso de los espacios públicos en la vida cotidiana.

Por otro lado, parecía oportuno diversificar en cuanto a la configuración de los servicios destinados a las personas mayores en distintas regiones, lo que requería incluir tanto hablantes de entornos autonómicos de mayor tradición en la organización y gestión privada de servicios y actividad social liderada por la sociedad civil, como puede ser Cataluña, y otros donde este tipo de iniciativas han venido estando mayoritariamente en manos de los organismos públicos, como pueden ser las dos Castillas o Madrid.

Saturar el discurso de esta población atendiendo a tal diversidad requirió un diseño complejo y flexible, adaptado a las peculiaridades del campo. La técnica de producción de datos empleada fue el grupo de discusión. Esta técnica explícitamente incluye y utiliza la interacción del grupo para generar un discurso social acerca del objeto de investigación, obteniéndose un discurso estructurado, tal y como se da en el contexto social (Ibáñez 1983). Se busca la diversidad de opiniones, vivencias y expectativas más que su redundancia. Para ello, cada grupo de discusión debe incluir la suficiente homogeneidad y heterogeneidad de perfiles que asegure el contraste y la interacción discursiva de los participantes. Con este propósito se eligieron las características consideradas relevantes con respecto al discurso sobre maltrato en esta población, definiendo los perfiles de los hablantes en función de ellas:

- a) Género. Esta variable se incluyó asumiendo que el género podría condicionar distinta percepción de vulnerabilidad y problemáticas diferenciales en cuanto a relaciones con la familia y el entorno.

Categorías:

- Hombre.
- Mujer.

- b) Nivel socioeconómico. Los diferentes niveles socioeconómicos determinan no sólo diferencias en cuanto a expectativas de calidad de vida estándar, sino distintas percepciones de lo que es problemático, de los recursos de todo orden para afrontarlo y de la propia vulnerabilidad.

Categorías:

- Clase trabajadora.

— Clase acomodada.

La formulación de las categorías atribuidas a esta variable no tenía vocación de exhaustividad, y pretendía respetar la *relatividad* del concepto en cada contexto. Lo que se perseguía en cada caso era incluir el discurso tanto de los más favorecidos como de aquellos cuyo nivel de vida no despunta, sin ser tan precario que los sitúe en la marginalidad. Esta forma de establecer las categorías resultaba fácilmente comprensible para cualquier captador, que podía en su entorno distinguir perfectamente a unos y a otros, cosa que una definición más estandarizada podría haber complicado. Utilizar como aproximación el nivel educativo en la población femenina o en contextos rurales donde tiende a ser homogéneamente bajo en este tramo de edad, hubiera resultado erróneo. Por ello se optó por estas dos categorías.

- c) Existencia de pareja. Se considera que estar emparejado es, en general, un factor favorecedor de una mayor calidad de vida en este grupo de edad, que conlleva mayores expectativas a este respecto y menor sensación de vulnerabilidad. En el caso del sector masculino de esta población parece ser especialmente crítico para su estabilidad emocional. Por lo que se refiere a las mujeres, la situación económica puede empeorar considerablemente a la muerte del cónyuge en el caso de la clase que hemos definido como trabajadora, ya que lo más frecuente en esta generación es que no hayan tenido suficiente vida laboral fuera del hogar como para acceder a prestaciones propias.

Categorías:

— Casado/a (o convive con su pareja).

— Viudo/a (o no convive con su pareja).

Definir las categorías de esta variable incluyendo las uniones de hecho da cuenta de la situación bastante frecuente en parejas de personas de esta edad constituidas en un momento relativamente reciente de sus biografías, que optan por no legalizar su relación para evitar la pérdida de la pensión de uno de los miembros de la pareja, generalmente la mujer, con el consiguiente perjuicio económico.

- d) Convivencia con familiares más jóvenes. Esta variable combinada con la anterior en el diseño de los perfiles de los participantes permite abarcar experiencias vitales muy diversas, que podrían configurar discursos distintos sobre maltrato y expectativas de calidad de vida. Así, por ejemplo, una persona que vive sola tendrá vivencias muy distintas de aquella que vive con familiares. Por otro lado, es razonable suponer que no es igual vivir exclusivamente con la propia pareja que el que todavía haya hijos formando parte de la unidad familiar, y esto, a su vez, difiere bastante de que se conviva con los hijos cuando ya no existe la pareja, generalmente en el domicilio de éstos.

Categorías:

- Vive con sus hijos (o familiares próximos más jóvenes).
- No vive con sus hijos (o familiares próximos más jóvenes).

Se amplió la definición de las categorías para incluir a otros familiares más jóvenes con la intención de abarcar aquellos casos en los que la convivencia se produce con sobrinos, situación más habitual en personas solteras o viudas sin hijos.

Cada perfil de participante se definió como una combinación de estas cuatro variables. Los *grupos de discusión* se configuraron de forma que en cada grupo se incluyera suficiente heterogeneidad, posibilitando el contraste de puntos de vista (Ver ANEXO I). Para conseguir que los grupos funcionasen como microespacio social, en el que poder reproducir el discurso estructural de los mayores sobre el maltrato, era necesario cumplir una serie de requisitos básicos aplicables a cada uno de los entornos geográficos considerados (Canales y Peinado 1994):

- 1) El número de perfiles de participante diseñados por grupo fue de ocho para garantizar el número necesario de canales de comunicación de forma que no hubiera silencios por defecto, ni bloqueos por exceso. Cabe señalar, sin embargo, que se dio un fenómeno, bien conocido por los investigadores en este campo cuando se trabaja con población mayor, de *multiplicación* de los asistentes, por acudir con sus parejas o con un amigo/a a la reunión. El resultado fue que muchos grupos tendieron a situarse en torno a diez, doce participantes. Esta circunstancia

no afectó a la producción discursiva, que en todos los casos resultó fluida, empleando una dirección de la dinámica adecuada al volumen que evitara la posible tendencia a la fragmentación natural de un grupo numeroso.

- 2) La captación de participantes se llevó a cabo utilizando los perfiles definidos, con el fin de incluir la mayor variedad de puntos de vista. Se realizó mediante el mecanismo de “bola de nieve” o red privada de varios pasos. En primer lugar, se buscaron colaboradores en cada uno de los lugares donde habían de celebrarse grupos. El perfil del colaborador era no asistencial, esto es, personas que, sin ejercer como sanitarios (médicos o enfermeras) ni trabajadores sociales, trabajasen o estuvieran muy en contacto con mayores, por pertenecer a administraciones locales competentes en la materia o a organizaciones de personas mayores. Estos colaboradores nos ayudaron a crear y coordinar una red de captadores en cada entorno, que eran quienes invitaban a las personas que finalmente asistieron a cada grupo de discusión. Se reclutaron como captadores individuos pertenecientes a la población de estudio, o muy en contacto con ella, con una amplia red de relaciones en su ámbito.
- 3) En cada caso se buscó un escenario neutro para el grupo, tanto en lo infraestructural (cómodo pero a propósito para producir-trabajar), como en lo simbólico (sin carga ideológica para los participantes), recurriéndose a centros culturales o dependencias universitarias según el contexto.
- 4) El tiempo de duración de cada grupo de discusión fue de aproximadamente hora y media, de forma que la producción discursiva fue extensa sin llegar a agotar al grupo.
- 5) La persona que desempeñó el papel de preceptor provocó la cuestión a debatir, utilizando como arranque la consigna empleada en la captación: el tema eran los aspectos relativos a la calidad de vida en la vejez que consideraban más críticos. Condujo la dinámica de forma que se tocaran todos los aspectos del objeto de estudio y todos los participantes hablaran.

Siguiendo estas pautas, la configuración final de la muestra consistió en diez *grupos de discusión* diseñados de la siguiente forma:

1.1. ENTORNO RURAL

Atendiendo a la exigencia técnica de un mínimo de dos *grupos de discusión* por cada variante discursiva que se pretenda recoger (Gutiérrez y Delgado 1994), se estimó que la muestra mínima en este entorno para obtener tanto el punto de vista de los hablantes residentes en núcleos rurales *puros*, como de aquellos situados en la proximidad de una ciudad, era de cuatro *grupos de discusión*.

Como representantes estructurales del primer caso se eligieron dos localidades de Castilla-La Mancha, Sigüenza y Mirabueno, y, en el segundo caso, Hondarribia, situada en Euskadi a escasos kilómetros de Donostia.

En principio, se consideró que en este contexto podía resultar más adecuado segregar los grupos en cuanto al género de sus participantes para facilitar una producción discursiva más libre en la que pudieran aflorar problemáticas específicas de cada uno de ellos sin quedar atenuadas o inhibidas en el consenso de campos semánticos al que estructuralmente tienden los *grupos de discusión*. Así fue en el caso de los dos grupos de Castilla-La Mancha. En los dos de Hondarribia, en cambio, el contacto directo con el campo demostró que resultaban más naturales los grupos mixtos, por lo que se asumieron las preferencias de los convocados, ante la clara percepción de los captadores de que esto no restaba ningún grado de libertad a los participantes en aquel contexto.

Por lo que se refiere al nivel socioeconómico, desde el punto de vista teórico, la presencia en el mismo grupo de hablantes de las dos categorías trasladada a la producción discursiva una relación social asimétrica que la bloquea, tendiendo, en general, a inhibir el discurso de aquellos que se perciben a sí mismos en la posición más débil (Canales y Peinado 1994). De ahí que se hayan evitado estas situaciones en el diseño, segregando los grupos en cuanto al nivel socioeconómico. Sin embargo, una vez más, la experiencia de los captadores, profundos conocedores de sus respectivos medios, nos llevó a reconsiderar la pertinencia de esta variable en el ámbito rural, donde las diferencias sociales están francamente atenuadas en este tramo de edad, salvo situaciones excepcionales por ambos extremos.

1.2. ENTORNO URBANO

Como ya se ha precisado, se estimó adecuado recoger tanto el discurso de los habitantes de *ciudades pequeñas* como el de núcleos urbanos grandes. Por lo que se refiere al primer caso, se consideró que sería necesario un mínimo de dos grupos de discusión. Por razones idénticas a las aducidas para el entorno rural se optó por diseñar grupos homogéneos en cuanto al género, organizándose un grupo de discusión con hombres y otro con mujeres. En este contexto sí resultaba pertinente la distinción en cuanto a niveles socioeconómicos, por lo que el grupo de hombres se homogeneizó como *clase trabajadora* y el de mujeres como *acomodada*.

Por lo que se refiere al ámbito geográfico, se optó por una ciudad andaluza, Málaga.

En cuanto al discurso de los mayores residentes en grandes urbes, se diseñaron cuatro *grupos de discusión*: dos con habitantes de Madrid y dos de Barcelona. La razón de esta elección fue atender a distintas tradiciones en cuanto a organización de la sociedad civil e implicación de ésta en la gestión de servicios comunitarios, introduciendo, así, una mayor variedad de perspectivas.

Teniendo en cuenta las consideraciones que ya se han hecho sobre las variables género y nivel socioeconómico, en Barcelona se llevó a cabo un grupo con hombres de *clase acomodada* y otro con mujeres de *clase trabajadora*. Para testar la hipótesis de que la producción discursiva pudiera diferir cuando los grupos eran de carácter mixto se decidió que los dos grupos de Madrid incluyeran personas mayores de ambos sexos, realizándose uno con hablantes de *clase acomodada* y otro de *clase trabajadora*.

Resumiendo, la muestra en la que se basa este estudio se compone de:

- Dos grupos mixtos en un entorno rural *periurbano*, Euskadi.
- Un grupo de hombres y otro de mujeres en entorno rural *puro*, Castilla-La Mancha.
- Un grupo de mujeres de *clase acomodada* y otro de hombres de *clase trabajadora* en un ámbito de *ciudad pequeña*, Andalucía.

- Un grupo de hombres de *clase acomodada* y otro de mujeres de *clase trabajadora* en una *gran ciudad*, Cataluña.
- Un grupo mixto de *clase acomodada* y otro de *clase trabajadora* en una *gran ciudad*, Madrid.

Esta muestra se consideró suficientemente amplia y variada en cuanto a los aspectos relevantes como para dar cuenta de las variantes discursivas sobre expectativas de calidad de vida y maltrato presentes en una población tan heterogénea como la española entre 65 y 75 años. Sin embargo, no se pretendía en ningún momento profundizar en los aspectos particulares de cada ámbito regional o local. Obviamente, tal empeño excedía los objetivos de este estudio, concebido como una primera aproximación al discurso más tópico de los mayores españoles sobre el tema. A partir del marco general descrito en la investigación que aquí se presenta, serían deseables esfuerzos referidos a contextos más concretos.

El trabajo de captación en todas sus fases se desarrolló entre el 9 de septiembre y el 18 de octubre del 2002 y los *grupos de discusión* se celebraron entre el 22 de octubre y el 11 de noviembre de ese mismo año (ver cronograma adjunto en los anexos).

2. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los *grupos de discusión* fueron grabados en cinta magnetofónica y literalmente transcritos para su análisis. El análisis semiológico consiste en ordenar y vertebrar un discurso informativo que pueda dar cuenta del conjunto de significaciones/sentidos contruidos a partir de la producción discursiva considerada (Ibáñez 1983). Para ello, se categorizaron los comentarios que aludían e informaban sobre las dimensiones del objeto de estudio, delimitando los campos semánticos que configuraban su representación social, extrayendo, así, los aspectos percibidos como relevantes por los sujetos de estudio respecto a la calidad de vida y el maltrato en los mayores y la forma en que se relacionan para construir su representación social del fenómeno.

IV. RESULTADOS

1. ASPECTOS CRÍTICOS EN LAS EXPECTATIVAS DE LOS MAYORES SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

Los mayores identifican seis áreas críticas para la calidad de vida en la vejez. Se trata de aspectos cruciales de su vivencia como personas mayores, en cierta manera, las condiciones necesarias para que una buena calidad de vida sea viable. El balance de todos ellos daría lugar a distintos grados de bienestar. En este sentido, operan como frentes *vulnerables* que anticipan posibles situaciones de maltrato, o que contribuyen a explicar por qué determinada experiencia es percibida como tal.

1.1. LA INDEPENDENCIA ECONÓMICA

En la concepción de los mayores ésta es prácticamente la piedra angular que sostiene y modula los restantes *cimientos* para disfrutar de bienestar en las edades más avanzadas de la vida. La disponibilidad de los medios económicos suficientes para sostenerse es, desde su punto de vista, una aspiración básica de cualquier persona en la madurez de su vida:

H: Yo voy a sentar la base porque aquí lo que está en la mente de todos, lo que se está hablando es de la calidad de vida. La calidad de vida tiene que empezar el Estado a proporcionársela subiendo las pensiones...

M: Totalmente de acuerdo.

H: Eso desde luego. –Grupo mixto, clase acomodada urbana–

Se mantiene la memoria histórica de las épocas en las que dejar de trabajar significaba la desaparición de las percepciones económicas y, por lo tanto, la imposibilidad de independencia para la mayor parte de la población. Sin embargo, el avance que ha supuesto el desarrollo del sistema de pensiones pare-

ce estar ciertamente amortizado, pasando a ser una situación totalmente “normalizada”, un derecho consolidado que se reivindica, más que un don. Es notable la diferencia en este sentido respecto al discurso de los mayores de mediados de los noventa, recogido en la literatura, en el que parecía tener mayor peso la sensación de novedad y progreso con respecto a las generaciones precedentes por la consolidación de un sistema de pensiones, que la de insuficiencia de éste (Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Comunidad de Madrid, 1997). Desde este punto de vista, consideran un ataque a su dignidad como grupo el que existan pensiones que califican de vergonzosas, que, o bien sitúan a su perceptor en la indigencia si carece de otros recursos, o le convierten en un sujeto necesariamente dependiente de los suyos, mermando su autonomía y su autoestima:

P: SI YO LES INTERPRETO BIEN, LO QUE ESTÁN DICIENDO ES QUE EL HECHO MÁS IMPORTANTE PARA TENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA ES ¿PODER VALERSE ECONÓMICAMENTE?

M: Exactamente. Es fundamental.

H: Eso desde luego es fundamental.

– Claro [voces superpuestas]. Es lo más importante. Eso pudiendo ser esencial.

H: No tener que depender de nadie. Es la libertad. Claro, la libertad. Que si usted quiere ir al cine, puedes beber, no tiene que pedir permiso a nadie, eh. –Grupo mixto, clase acomodada urbana–

Perciben una falta de equilibrio entre la cuantía mínima de las pensiones y el coste del mantenimiento de las necesidades básicas de subsistencia. A sus ojos, este tema se complica especialmente cuando se alcanza una determinada edad, en la que inevitablemente se precisa asistencia externa en la vida diaria, ya sea en forma de apoyo domiciliario o de institucionalización en una residencia. Su argumento fundamental es que la mayoría de los pensionistas no pueden costearse esa necesidad, que pasa a ser básica, y que la oferta pública no llega a cubrir más que a un segmento muy pequeño de población:

– Porque muchos no pueden entrar en las residencias, no tienen medios para entrar entonces ¿Qué hacen en casa los pobres? Porque esto nos tocará, hasta ahora no nos ha tocado.

– Eso está a la orden del día.

– Que no puedas a entrar en una residencia y sola en casa, si te pasa algo, que no puedes valerte por ti. ¿Quién te ayuda? Esto tampoco no está solucionado. Porque no puedes pagar a una persona, por lo que te pagan de mensualidad, ¡ay!, de pensión. Eso también es muy grande y hay muchas personas así. Y nos llegará. –Mujeres clase trabajadora urbana–

Esta cuestión resulta ser tan relevante para este grupo de población que funciona como punto de arranque en prácticamente todas las producciones discursivas, independientemente del nivel socioeconómico, el ámbito geográfico y el género de los participantes. La asociación pensiones-calidad de vida es inmediata e indisoluble en su discurso. Su trascendencia no parece residir exclusivamente en su dimensión de determinante de las condiciones de subsistencia de los jubilados que las reciben, sino que tiene cierta connotación de valoración social. Así, se esfuerzan en desmentir su tipificación como *clase pasiva*, insistiendo en que se trata de un derecho que han consolidado a lo largo de una vida de trabajo y no de una condición onerosa para la sociedad en su conjunto:

... con toda la vida que han estado trabajando y a su marido y a ella 62.000 pesetas, pues entonces ya está todo dicho. –Mujeres clase acomodada urbana–

Sistemáticamente aflora en todos los grupos la situación de las viudas, a las que se les retira más de la mitad de la pensión de su unidad familiar al fallecer el marido. Se considera el máximo exponente de la desconsideración que se denuncia, interpretado en ocasiones como una desvalorización de la contribución de estas mujeres a la economía de sus familias con el trabajo no remunerado que han aportado durante tantos años, y, en cualquier caso, una irracionalidad, ya que, se argumenta, no es aceptable que se suponga que los gastos habituales se reducen a la mitad por no tener que costear la manutención y el vestido de uno de los cónyuges:

– ¡Ah, eso sí! Es que no podemos, porque si has de pagar teléfono, luz, agua y todo, con la miseria que te dan y si tu marido ha estado trabajando toda su vida, ¿Por qué te quitan la mitad de lo de él?, tendrían que darte lo mismo, eso que tú has hecho la faena de tu casa, has estado trabajando para él, entonces no sé por qué te quitan la mitad o más, que te dan una miseria. Es que no hay derecho lo que hacen. –Mujeres clase trabajadora urbana–

M: Porque esa señora sigue teniendo los mismos gastos, porque sigue viviendo en la misma casa y tiene que pagar luz, tiene que pagar agua, tiene que pagar el teléfono, las cosas más necesarias y resulta que...

H: Si no le queda para comer que se muera pronto y así se queda...
–Mixto clase trabajadora urbana–

1.2. VALOR SOCIAL

Enlazando con lo anterior, la consideración social, el papel que se les atribuye en el mundo en el que habitan, es especialmente relevante para las personas mayores. Pertenecen a una generación en la que el mayor era una figura de respeto, venerable, incluso autoritario, y al que se atribuía la sabiduría de la experiencia. Adaptados a los tiempos que corren, su discurso no reclama los modelos de sometimiento a los padres y abuelos que ellos han experimentado y, en algunos casos, sufrido. Algunos analizan la situación previa como propia de un contexto de sociedad eminentemente agraria y patriarcal que no añoran:

H: Pero, vamos, hace 80 años, la gente...

M: Es verdad.

H: ... vivía de los hijos porque no tenía otra cosa. Ahora era una sociedad agrícola que había grandes casonas. La propiedad de la tierra pertenecía a los padres y, claro, los hijos no tenían nada más que [golpes en la mesa].

M: Pero en eso había mucha desigualdad.

H: ... Eso, y al hijo lo único que servía era para coger el ara, el arado y labrar la tierra y tirar de la tierra y cuidar de los bueyes...

H: Eso el que tenía.

H: ... el otro era todavía el padre grande y tenía los bienes...

H: Todo, todo evoluciona.

H: ... Ha evolucionado una barbaridad. –Mixto, clase acomodada urbana–

Sin embargo, opinan que los esquemas actuales han pasado al otro extremo, desvalorizando totalmente lo que las personas pueden ofrecer cuando tienen

acumulada la experiencia y el aprendizaje de toda una vida. Perciben que la consideración social hacia los mayores como grupo es muy baja, basada en la concepción de que son capas de población pasivas, con planteamientos obsoletos, que viven a costa de la sociedad sin aportar ya nada, y, por tanto, sin derecho a exigir más que una vaga consideración por lo que fueron, pero no por lo que son. Esta imagen, que consideran como dominante en nuestra sociedad, es vivida como especialmente dañina: justifica la tendencia a aparcar y silenciar al mayor que, en su opinión, subyace a muchos comportamientos de maltrato:

Entonces cuando estamos nosotros hablando con una persona, con un hijo, con una nuera, con lo que sea, eso de que te estén escuchando, de que estén pendientes de lo que tú estás diciendo, de que te pregunten, eso es que te hace feliz. Ahora si tú tienes una persona al lado, un hijo y tú le estás hablando y es que ni te escucha, eso te va minando por dentro, te va haciendo, te entra una depresión y una gana de llorar...

– Como un desprecio, algo así. –Mujeres clase acomodada urbana–

En su discurso los mayores contrastan la representación que la sociedad tiene de la gente de edad con la que ellos tienen de sí mismos. Mientras el espejo social les devuelve la imagen tópica de una persona al final de su vida, que deja de tener intereses y deseos y que está fuera del mundo moderno, ellos se perciben como activos, todavía *personas*, que pueden llevar una vida interesante y tener ideas. Defender este valor como individuos socialmente activos, con cosas que ofrecer, parece ser una constante que adopta diversas formas. Algunos optan por hacer valer las posibilidades de los mayores de trabajar como voluntarios en instituciones culturales o asistenciales:

– Me jubilé hace ya seis años y yo, sí, vamos, yo estoy integrao, por si a algunos les interesa tener eso, pero aquí en el ayuntamiento integrao en, en un vo, voluntariado que hay bastantes. Yo estoy, concretamente, en uno cultural que vamos los días que queremos. Este señor, también. Y vamos los días que queremos a la catedral, al museo del Císter...

– Qué es, como una peña, ¿no?

– No, no. Es... Haces, vamos a apuntarnos, nos apuntamos y vamos a..., nos dan un curso, y enseñamos a los turistas la catedral, les explicamos la catedral. –Hombres clase trabajadora urbana–

Otros, en cambio, consideran que la valoración que reclaman no procede de tener que seguir siendo productivos: lo que desean a estas alturas de su vida y con sus pequeñas mermas físicas es dedicarse a actividades estrictamente lúdicas, con un carácter cultural más o menos acusado según el nivel educativo, que se les reconozca ese derecho y que perciban a su alrededor la misma curiosidad e interés por sus puntos de vista o sus experiencias cotidianas de la que disfrutaban cuando sólo eran unos años más jóvenes:

M: Voluntariado, incluso se pide, aquí, el voluntariado. Muy bien, habrá gente que tenga gana de hacer muchas cosas. Yo soy una jubilada, tengo ganas de hacer muchas cosas, pero mis cosas son de distracción, de distracción. Yo no tengo ganas de meterme en una residencia de ancianos y no tengo, tampoco, fuerza ya para mover un carrito de aquí para allá, pues lo haré media hora; o sea, que encima nos piden el voluntariado a los hogares del jubilado. Que para mí, que lo que necesitamos, y, primero que necesita ayuda es el hogar del jubilado, porque es el primer camino que tenemos para que les esté la mente despejada, para que tengamos expansión, distraimientos. Aquí, pues, qué sé yo, se juega a las cartas, se hace teatro o se canta, pues eso es una forma de, oye, de salir de casa y, y mucho que no nos tengan que... que echar mano los hijos o pedir ayuda donde sea. –Mixto rural periurbano–

Yo en mi casa me preguntan, yo hago teatro, yo hago muchas cosas y a mí me preguntan cuando hablo con mis hijos “mira qué estás haciendo” y ellos mismos me animan “sí pues mira” y me preguntan “cuéntame y dime”, pues eso yo, no es lo mismo, eso hace muchísimo, es muy importante, el afecto. –Mujeres clase acomodada urbana–

Achacan la indiferencia y la falta de consideración que algunas veces perciben en los más jóvenes a esta etiqueta social que no aceptan y que, en ocasiones, merma la calidad de su vida al pretender limitar su estar en sociedad:

P: EL TEMA ÉSE DE LA INDIFERENCIA, ¿POR QUÉ HAY INDIFERENCIA, CON RESPECTO A LOS MAYORES? CUÁNDO...

H: Como consecuencia normal, yo como no he sido abuelo en otra época, yo lo que noto ahora, también hay excepciones, hay respeto, hay quien se levanta te da el asiento, hay de todo...

M: Toda la juventud no es mala.

H: ... noto una cierta indiferencia, o sea que pasan, toda la experiencia que tenga de toda la vida, todo lo que tú hayas hecho, todo lo que tú digas... alguna vez hasta los hijos como si te hicieran poco caso, un poquito indiferencia.

H: También piensan que nos dan demasiado a los de la tercera edad.
–Mixto clase trabajadora urbana–

1.3. LA COMUNIDAD

La existencia o no de una comunidad o grupo de referencia resulta crucial para que se dé una buena vejez desde el punto de vista de los mayores. Evidentemente, la ventaja de sentirse parte de una comunidad tiene una clara vertiente de contar con espacios de socialización y recreo donde compartir intereses y aficiones, sin embargo, no es éste el único sentido en que opera, ni, probablemente, el más importante. Este sentido de pertenencia parece proporcionarles seguridad afectiva, de otro orden que la aportada por la familia, especialmente los hijos, a los que se asume *a priori* como siempre atareados y ocupados en sus propios asuntos. Formar parte de una unidad de este tipo garantiza, a sus ojos, una relación de reciprocidad, percibida como más simétrica que la que se establece con la familia: siempre hay alguien a quien poder recurrir sin que eso signifique una merma de autonomía personal o una molestia:

Por ejemplo cuando la María, vamos a poner, la del Martín, estuvo así y tal, pues entonces yo iba a ir con ella, pero como estaban los nietos, yo, por ejemplo, me quedé con su marido, o sea el padre de las chicas éstas, en su casa, cuidando a los nietos, quiero decir que si se necesita uno a otro aquí siempre hay alguien. Es decir, que se está pendiente de lo que le pase a uno o a otro, y aquí, pues si uno se ha puesto malo y no está un hijo de él y hay otro que tenemos un coche, yo, por ejemplo, cuando la Margarita, ella tenía coche, pero si tú no quieres tal, pues avisas. Estos que les gusta mucho andar, hay muchos días que bajan al médico, no tienen familia y a lo mejor les hemos dicho: “¿Te acerco al autobús?”, y dice: “No, si es que nos gusta andar”.
–Hombres entorno rural–

En algunos contextos la noción de *comunidad* que manejan es más literal, al referirse a los habitantes del pueblo. En los entornos urbanos ésta puede con-

sistir en los vecinos *de toda la vida*, en los que frecuentan la misma asociación o el mismo centro cívico o para mayores.

Esta *comunidad*, sea de la índole que fuera, crea un entorno familiar y favorable en el que salir de casa y relacionarse es algo natural y cotidiano lo que, desde el punto de vista de los mayores, es un valor fundamental para llevar una buena vida. Es un elemento básico para la identidad de los mayores y, por tanto, para su estabilidad personal y su permanencia como seres en sociedad. En su concepción, el retraimiento (la muerte) social va indisolublemente ligada a la muerte física, por eso se le teme:

Lo que hayamos sido durante la vida vamos a tener los moldes muy acentuados para la vejez, podemos tener una vejez magnífica, maravillosa, llena de entusiasmo, llena de actividad y una vejez que a lo mejor con 60 ó 65 años se meten en casa, ni se arreglan, ni salen, empiezan a envejecer, a envejecer y una mujer joven en unos años es una abuela, y no hay quién la soporte –Mixto clase trabajadora urbana–

– Eso es lo principal.

– Eso es lo que estamos ahora haciendo.

– Y es lo que te va saliendo un poco adelante todo, porque si te metes en tu casa encerrada todo el día pues te mueres completamente.

–Mujeres entorno rural–

Mientras que los sectores más acomodados parecen no depender de las delimitaciones geográficas para su definición de lo que es su comunidad de pertenencia (lo que les permite encarar esta cuestión con relativo optimismo), las personas de clase trabajadora, tanto en el ámbito rural como el urbano, viven con preocupación la desaparición de ese vínculo comunitario en su entorno inmediato. Algunas personas de pueblos pequeños y con una evolución demográfica claramente negativa, se lamentan de que las expectativas de mantener esta necesaria cohesión de grupo son escasas conforme los vecinos se van haciendo más mayores y los achaques les van impidiendo seguir esta dinámica:

– Mira nosotros, este verano, os voy a hablar de este verano, este verano aquí nosotros, pues cenábamos y eso y mi señora “vamos a dar una vuelta” y había días que no veíamos ni gatos, es que ni gatos.

– Bueno que se relacionen unos con otros, es lo único, porque el que más el que menos vale andar...

– Si nos referimos aquí al pueblo, vivir en comunidad.

– Es decir, a diario, a diario, es que no hay gente joven en los pueblos, o sea no hay matrimonios jóvenes en los pueblos, no hay niños, aún una excepción, entonces la edad media es muy alta, quiere decirse que la mayoría de la gente somos de la misma edad, diez años arriba, diez años abajo, entonces el trato a diario es entre nosotros, entre gente de nuestra edad, más o menos, diez, quince años arriba, diez, quince años abajo. –Hombres entorno rural–

En el entorno urbano, la emergencia de nuevos grupos, percibidos como cohesionados y ajenos, como pueden ser los inmigrantes en los barrios obreros, o la *re población* de una zona con población más joven, por definición inmersa en un estilo de vida más individualista, puede generar un sentimiento de pérdida de esa estructura de apoyo y cierto desvalimiento:

M: Y en el entorno con el que estés rodeado, la vecindad influye también mucho.

P: ¿EN QUÉ SENTIDO?, PERDÓN.

M: ¿En qué sentido? Pues puedes tener unos vecinos que te estén molestando muchísimo y no tienes defensa ninguna en casa, y lo digo por experiencia, entonces te sientes impotente y sientes rabia, y sientes que ellos llaman a la policía y acude rápida y tú llamas y no acuden, intentas ayudarles con asistentes sociales, va la asistente social y yo puedo ir a la asistente social, a mí no me hace nada la asistente social, sólo les atiende a ellos.

P: QUÉ ES GENTE MAYOR O GENTE JOVEN.

M: Gente de fuera.

M: Bueno es que eso ahora hay muchos problemas. –Mixto clase trabajadora urbana–

M: Y también se podía hacer una cita de que ha cambiado tanto la sociedad... que vivíamos en Madrid también como en un pueblo grande y se ayudaban mucho los vecinos, ahora sé que hay excepciones porque los hay...

H: Se han perdido los valores y los sentimientos.

M: ... y entonces pues había mucha confianza para llamar a la puerta de al lado y pedir una cosilla que te faltaba o tal, no digamos, no quiero meterme en historias que hasta se moría una persona y entre todos los vecinos pagaban el entierro y nadie tenía un duro, y entonces ahora se da el caso muy contrario, yo estoy rodeado de gente joven, claro se van a trabajar por la mañana, me tiro meses sin ver a los vecinos, eso quiere decir que si un día nos pasa algo nos podemos quedar ahí muertos porque nadie nos va, como no llamen los hijos que están lejos... –Mixto clase trabajadora urbana–

1.4. LA ESFERA AFECTIVA: FAMILIA Y PAREJA

Los mayores resaltan que este es un elemento crucial del bienestar de las personas de edad avanzada, cuando las preocupaciones de la vida laboral y la crianza de los hijos, dentro o fuera del hogar, pierden peso frente a la esfera íntima, y los afectos se vuelven centrales en su realización personal. Por lo que se refiere a los hijos y nietos, resaltan su idea de que los modos de vida actuales han llevado a la ruptura del *contrato intergeneracional*. Esta conciencia de que el pacto se ha roto en las últimas décadas parece subyacer a toda su argumentación en este sentido. En el esquema de relación en el que ellos se socializaron, los deberes y derechos por ambas partes estaban claramente determinados, el acuerdo tácito era que cada una de las sucesivas generaciones era responsable de la nueva y de la precedente, porque a su vez había disfrutado de esa protección en la niñez y llegaría a disfrutarla cuando pasara a ser mayor. Perciben que en la actualidad este contrato ha perdido vigencia para la generación a la que le toca asumir la responsabilidad, que sólo está dispuesta a hacerse cargo de los más jóvenes, pero reconoce con dificultad sus deberes hacia la generación precedente (aunque, en ocasiones, reclama su apoyo en la gestión de las necesidades de la nueva):

M: Suelen decir que con la misma vara que mides serás medido.

M: Bueno, de momento no sé si será así o no será, pero aquella pobre familia... [se superponen voces].

M: También hemos tenido hijos y también nos han echado una mano, o sea, que...

M: Claro. Es que hay de todo.

M: Jolín. Encantada de la vida. Pues eso, también necesitan los nuestros y se les ayuda como sea y les... Ahora, luego, lo que hagan con nosotros, pues, chica, eahhh, aquello ya llegará y si no, no vamos a pensar que...

H: Qué nos van a hacer, qué nos van a hacer.

M: No, pero estamos hablando ahora... [se superponen voces].

H: En un tiempo, cuidaban los hijos a los padres. Hoy, ahora, no...

M: Luis, hay de todo...

H: ... Ahora los hijos se escapan. –Mixto entorno periurbano–

Observan en los jóvenes la progresiva difuminación del deber para con los mayores, en favor de una búsqueda, a sus ojos legítima, aunque un tanto desorbitada, de la autorrealización. Esto crea una situación de incertidumbre en la que las reglas del juego previas ya no sirven, sino que se van determinando conforme evoluciona, siendo todavía confusas para ambas partes y provocando, por tanto, tensión, mecanismos de resistencia y miedos tanto en los mayores como en los jóvenes:

M: Voy a hablar yo ahora. Yo, veinte años mi nieto, y cuando era pequeñito salía ya lo de la tercera edad y dice "abuela, ahí te vas a ver tú".

P: ¿QUÉ ES LO DE LA TERCERA EDAD?

M: La residencia, esto con tres añitos o cuatro, porque eso se vive. Ahora mismo tengo yo cuatro hijos fenomenales, pero ellos mismos dicen que ellos se van a ir a una residencia, o sea que ya te van diciendo que te prepares tú. Y yo digo que mientras que pueda, de eso de la seguridad social o lo que sea y los cuartitos que ahora... vemos, hasta que llegue ese día, lo que quisieran todos los hijos, no los míos, cualquiera que se los dieras ahora mismo, te quedabas sin nada, pues luego buscar a una mujer y que te cuiden, cuando ya no puedas, que te lleven a un hospital, pero mientras no... pero yo lo que quiero son los hijos, todos, los míos cuatro buenos, pero ellos ya te lo está insinuando.

M: Si es que no pueden.

H: Pero si están trabajando.

H: Con el abuelito en casa ya no. –Mixto clase trabajadora urbana–

Esta situación resulta a sus ojos mucho más llevadera cuando existe el apoyo de una pareja, que supone, generalmente, un grado razonable de autonomía con respecto a los miembros más jóvenes de la familia. La desaparición o inexistencia de ese cónyuge/apoyo recrudece casi inevitablemente en su descripción las consecuencias de la situación a la que se enfrentan:

Porque la mayoría cuando ya llegamos que no podemos valernos para estar en nuestra casa, ¿dónde vamos? Los hijos no nos pueden atender porque tienen su trabajo. Y trabaja el uno y trabaja el otro, y, entonces, el problema es el nuestro. Mientras estamos los dos, por ejemplo, en pareja, y uno se ayudan mutuamente, aunque [no se entiende], pero, cuando ya se queda uno solo y ya no puede, tiene que estar pendiente de alguien. –Mixto entorno periurbano–

M: ... entonces, usted cree que si este señor que está económicamente, ya lo veo, estupendamente, y usted igual y usted igual, y todos estamos, gracias a dios, vivo con mi marido no necesito y no necesito todavía de ningún hijo. Al revés, si es necesario yo los aporito; no, no necesitan, pero si es necesario les aporito...

H: Hombre, porque está usted. El marido y la mujer. Aquí estamos hablando de que, euh, pues un viudo como yo, entiende, y no necesito a nadie gracias a dios, porque me tengo una asistenta...

H: ... porque tiene usted lo suficiente para...

H: ... eh, pues yo lo he dicho, pues es lo que quiero decir. Luego venimos al, al, al nudo gor, gordiano. Es que el Estado tiene que subir las pensiones... –Mixto urbano clase acomodada–

En cierta forma, se vive con resignación comprensiva. Mantienen el deber moral, e incluso el placer, de apoyar a sus hijos y nietos, albergando la secreta esperanza de “no tener nunca que pedirles nada”, o de que el vínculo afectivo sea lo suficientemente fuerte como para, llegado el momento, superar las dificultades de la manera más conveniente para todos:

M: Y bueno, no tiene que ver nada, que lo que siembras recoges, pero a veces... Siembras antes, y después...

M: Sí, es verdad eso. No digas que no tiene que ver nada, que yo estoy en eso muy...

M: ¿Verdad que sí? Lo que siembras recoges.

M: Bueno, pues entonces vamos a tranquilizarnos, más vale mantener ese humor y esa esperanza...

M: No, no, yo estoy que lo que ves en los padres, te se queda ¿eh? Que yo creo que lo que ves en los padres se te queda a ti. No es que lo hagas con esa intención, de que el día de mañana te va a tocar a ti, pero, por lo regular suele pasar. –Mixto entorno rural periurbano–

De forma tópica, la relación con los nietos, cuando existen, aparece en su discurso como algo muy importante, especialmente mientras son pequeños, manteniéndose con cierta frecuencia una relación de cuidadores suplentes, generalmente muy satisfactoria, cuando no se vive como una exigencia por parte de los hijos:

– Los nietos es la alegría, desde luego, la alegría de la casa aunque te cansen.

– Yo no tengo nietos, tengo unas ganas.

[Asienten todas].

– Por ejemplo, el mío tiene cuatro años y desde que ha nacido lo he tenido yo, mi hija y mi yerno trabajan.

– ¡Y tan alegre! –Mujeres entorno rural–

M: Si tienes hijos que están casados, tienes nietecitos, son felices ellos, eres feliz tú, digamos que es de lo más importante de todo, lo más grande. Yo tengo esa suerte, tengo cuatro...

H: Yo tengo dos.

M: ... no se ha divorciado ninguno, más suerte. Nos queremos todos.

M: Yo tengo dos, pero nos queremos un montón y tengo dos nietecitos, y nos quieren un montón, pero ¿por qué?, porque nosotros estamos con ellos y cuando nos necesitan estamos siempre ahí y si ocurre algo somos una piña y todo lo comentamos.

H: No es que se quieran los nietos, es que todos se quieren todos, es una piña...

H: También hay que contar que hay que ver algunos hijos con los nietos cómo abusan de los padres.

M: Por supuesto.

M: Ese es otro tema, que hay abuelas que el otro día dice mi marido: "Mira qué crónica viene en el periódico, abusan de las abuelas", por los trabajos que le dan, aparte igual tienen a los padres de uno de los abuelos, o sea que pueden estar cuidando a los suegros vamos a poner, a los hijos y a los nietos y todo va cayendo sobre la espalda de la mujer. –Mixto urbano clase trabajadora–

Los hijos emancipados son igualmente un referente importante, y, con frecuencia, se aprecia en su discurso cierta resignación comprensiva a pasar a segundo plano en sus vidas, especialmente cuando éstos se emparejan:

H: ... este señor, por lo que decía Ortega y Gasset, el hombre y sus circunstancias...

M: Claro.

H: ... este señor, su hijo que es extraordinario y que es buenísimo...

H: Buenísimo.

H: ... usted no puede decir nada de su hijo en...

H: Para nada.

H: ... más que, que es una maravilla de hijo. El día de mañana por circunstancias se casa, como ha habido muchos hombres buenísimos, buenísimos, que yo conozco y que se han casado y han cambiado por completo y por..., también mujeres que han cambiado por completo; entonces, usted, no puede decir: es que mi hijo es muy malo. No señor, es que se ha casado con una señora...

H: Las circunstancias. –Mixto urbano clase acomodada–

En nuestro caso los hijos son ya mayores, tienen más de veinte años o más de veinticinco, entonces ellos ya campan solos y tienen su vida, unos están casados, otros tienen novio o novia, entonces mientras han sido pequeños pues ellos necesitaban a los padres, en mi caso yo me gustan mucho los hijos, ahora ellos ya viven su vida, vuelan solos, quizás somos los padres los que les echamos más de menos y quisiéramos que se acordaran más de nosotros, pero en lo que a mí respecta pues

acepto el que ellos tienen su vida, para ellos es mucho más importante su mujer o su marido o su novio o su novia que su padre, que hay que aceptarlo y sí, o sea, vienen los fines de semana, unos, otros, en mi caso yo lo llevo bien porque lo acepto, o sea acepto que tienen que volar solos, pero en mi caso también ellos vienen con frecuencia, o sea unos más, otros menos, etc., yo creo que eso es un poco la sensación, ¿no? –Hombres entorno rural–

1.5. LA FUNCIÓN DE LOS CUIDADORES

Para los mayores el *contrato intergeneracional* sigue totalmente en vigor por lo que respecta a sus propias responsabilidades: tienen totalmente internalizado el deber de apoyar a sus hijos en todo lo posible (aunque no tengan certeza sobre la reciprocidad de esa obligación) y velar por sus mayores, en muchos casos todavía presentes y en situación de dependencia dado el progresivo aumento de la esperanza de vida. Este mismo fenómeno de alargamiento de la vida les hace encarar con frecuencia el cuidado de un cónyuge de edad bastante deteriorado. Esta faceta de cuidadores, francamente incorporada a su identidad, sobre todo en el caso de las mujeres, es, a la vez, fuente de satisfacción y realización personal y una carga desproporcionada para la que no se cuenta con recursos personales, físicos ni económicos que permitan afrontarla, especialmente en el caso de las clases trabajadoras, que conlleva dolor, frustración e impotencia:

M: Y está muy mal hecho, porque, por ejemplo, tú necesitas pa tu padre, yo he tenido a mis padres, ¿no?, y mis suegros, una persona para que la atienda. Por ejemplo yo, si tenía que salir a trabajar, ¿por qué esa ayuda no le dan a la familia? [...]

M: Y aparte de eso, que cuando un enfermo está en la cama, pues necesita pa cambiarle...

M: Dos personas.

M: O una persona, pero claro, te viene a casa esa persona una hora y te hace, bueno, la limpieza de la casa, bien. Y a la noche pa meterle en la cama si hay que cambiarle, ¿quién ayuda?, estás sola otra vez.

M: Hombre, en mi caso, yo tenía hermanos, entonces...

M: En tu caso sí. Pero hay casos que no.

M: Tenía que haber más ayuda.

M: Claro. Más ayuda y las horas necesarias. –Mixto entorno periurbano–

Mi marido que tiene ochenta años y yo cuido de él, porque él ve muy poco, él tiene un poco de Alzheimer y yo cuido de él, completamente, mis 24 horas del día se dedican a cuidarlo a él. Yo hago una escapada, ahora lo he dejado allí echado así en el sofá, hago una escapada, mi vida es cuidar de él, completamente, tiene 80 años, en febrero cumplirá 81, y yo lo que hago es eso, cuidar de él. Pero vamos mayores como madres, cosa así no, es mi compañero que tiene, claro yo cuidé de mi madre hasta que murió, que mi madre murió en el año 83, ya va para casi veinte años, entonces se supone que la persona que somos de esta edad todos hemos cuidado de algún mayor. –Mujeres clase acomodada urbana–

Hay abundante discurso sobre el desbordamiento y el sufrimiento que esta situación acarrea por la falta de apoyo, que perciben como la norma, y la insuficiencia de los dispositivos organizados a los que tienen acceso para hacer más llevadera la labor de cuidador. Evidentemente, esta es una situación que disminuye considerablemente la calidad de vida de las personas mayores y que, además, actualiza continuamente la preocupación por su propio futuro:

Y... ya te digo que yo la atendía lo mejor que podía y yo decía ¡Dios mío! Esta mujer, yo no quería, pero... ¿cómo vas a querer? Es una madre, pero yo decía: “¡Madre mía!, como esté así mucho tiempo. No sé yo si...”. Que te cansas, que vas a llevarla al baño y no puedes. Mira, con decirte que se casó mi hijo y a los dos meses de casarse, pues tuvo que venirse porque ¿a ver cómo me defendía yo con mi marido? Pa llevarla al baño, pa llevarla al servicio. Una persona que estaba delgadita y no... eso, pero es que no vales, empiezan a encocarse a encocarse y es que no vales con ella. –Mujeres entorno rural–

– Eso le digo yo a mi hija, digo: “Yo, antes que estar con ninguno, para no estorbar a ninguno, yo me voy a una residencia”, dice: “Mamá, no digas eso”.

– Sí, bueno, no digas eso, pero si tú estás en una silla de ruedas o te vas de la cabeza, tienes que ir a una residencia. Pero, ¿si no tienes pa pagar lo que vale?

– Si no lo puedes pagar, pues no sé, es un problema.

– Es eso, que eso es otra de las cosas que tendrían que mirar.

–Mujeres urbano clase trabajadora–

1.6. LA SEGURIDAD/TRANQUILIDAD

Esta es una aspiración irrenunciable para los mayores, que consideran que han trabajado toda su vida para lograr este estatus. Permanecer en su propio entorno físico y afectivo parece ser la clave de esta seguridad. Sin embargo, todos los aspectos anteriormente analizados apuntan en la dirección contraria hacia el final (todavía lejano, en su caso) de sus días. Gran parte de su discurso se ocupa de esta perspectiva de desvalimiento, que provoca una desazón notable en todos los tipos de hablantes.

La causa fundamental de esa angustia es la percepción de que las medidas que socialmente se articulan no van en la dirección de fomentar esa permanencia o, cuando sea necesario, paliar al máximo la sensación de desarraigo, fomentando condiciones que respeten en todo lo posible la autonomía de la persona. Consideran que la situación evoluciona sin planificación relevante, yendo las medidas por detrás del problema, con lo que perciben su futuro como incierto y desasosegante:

Tenemos que partir de una base, en este país aún estamos en la fase que la persona mayor es un inconveniente, es cuando no lo acoge la familia, que ahora es general, que debe ir a una residencia, cuando los países nórdicos que van mucho más adelantados que nosotros resulta que esta fase la han superado completamente, entonces en los países nórdicos están sobrando residencias, ¿por qué?, ¿lo sabes tú? Los países nórdicos precisamente están en una fase en donde la gente mayor ya no va a residencias porque tiene unos servicios establecidos de asistencia domiciliaria, ¿qué quiere decir eso? Yo creo que quiere decir que la gente mayor, y esto es evidente, se siente mucho mejor si está en su propio domicilio, rodeado de su rutina, de sus cosas, que no se tiene que ir a parar a una residencia, si no tiene que moverse de su casa

es mejor. Por una parte en la residencia puede que tenga unas atenciones médicas más a mano que en casa no tendría, pero en contraposición la ventaja que tiene el poder estar rodeado de su medio yo creo que supera lo otro, totalmente. –Hombres urbano clase acomodada–

Yo, para irme a una residencia, sería lo último, lo último, porque vivo en mi casa, vivo como sea y sería lo último, no. Y es lo que pasa a la mitad de la gente. Claro, ahora, hay personas que no quieren ir, pero su vivienda, eh, no reúne ninguna condición porque, claro, son pensiones de... Hay muchísimas de cuarenta y tantas mil pesetas al mes, de estas no contributivas y tal. Entonces, una persona no sé qué va a hacer, ¿por qué hay que vivir en una residencia? Al final no puede tener una calidad de vida decente. –Hombres urbano clase trabajadora–

En muchos casos, su propia experiencia como cuidadores principales de un anciano dependiente les hace temer lo peor para sí mismos en el caso, probable desde su punto de vista, de encontrarse en una situación de deterioro similar hacia el final de su vida. Son conscientes del enorme desgaste que provoca en el cuidador y del grado de distorsión que introduce en un núcleo familiar el hacerse cargo de un anciano en estas condiciones, por lo que no desean colocar a los suyos en una situación tan penosa como la que ellos mismos han experimentado:

M: Pero yo por ejemplo de mis hijos, los tengo buenos, pero yo no me fío. Viendo las cosas que ocurren, viendo lo que estoy viendo hoy día ¿eh?, de que no quieren saber nada de los padres.

H: Bueno pero todos los hijos no son iguales.

M: ¡Que ya sabemos! Pero yo no me fío de que mis hijos me echen... Ahora les tengo dicho también: “Si algún día, no sé dónde estoy, que tenga el Alzheimer o eso, no me importa que me llevéis a una residencia”, eso se lo he dicho. Digo: “No os sacrificuéis, que bastante he ya he pasao”, eso es lo tengo dicho. “Ahora, si tengo esto [la cabeza] bien y intentáis sacarme de casa, equivocaos”. Pero si yo me encuentro en situación que no sé dónde estoy, que me lleven a un centro, una cama limpia y eso, le digo que no tiren como he tirao yo con mis padres, que es mucho sacrificio, los mejores años de mi vida. –Mixto entorno periurbano–

Por otro lado, consideran que sus hijos no están preparados para asumir esa carga como ellos lo han hecho, que ese esquema de cuidador no encaja en los modos de vida de los jóvenes y, por lo tanto, no pueden esperarlo de ellos. Les preocupa un futuro relativamente lejano de merma física o mental que les impida valerse por sí mismos. Es una situación que consideran muy probable, achacándolo al alargamiento de la esperanza de vida y su contraparte, las enfermedades degenerativas:

– No, viendo que es así la realidad... ¡Y fíjate si te tienes que ir por obligación!

– Y en esos sitios pues oye, pues ya está. Si te quieres ir unos días con tus hijos, pues te vas; pero sería fenómeno tener una residencia que pudieras echar mano y que fuera asequible a lo que tienes.

– A mis hijos no les gusta que les digas esas cosas, que les digas: “Que me voy a ir a una residencia”. No les gusta.

– Pero yo creo que mientras vales, que el día que no valgas pues no sé lo que pasará.

– Bueno...

– Y es que es así.

– Si se ve

– Yo sí, lo tengo bien claro, tengo muy claro que tengo dos hijas pero cada uno tiene sus obligaciones y su casa y vamos en mí no cabe el darles el quehacer. Incordiar en un matrimonio, porque es así.

– Porque hay cosas pues que no va con las de la juventud.

– Yo es que he tenido a mis padres y... ¡pues qué quieres que te diga!, pues que no es igual tener unos padres que estarte sola.

– ¡Hombre! Es que todo el mundo nos cansamos de todo, de lo bueno no, pero de lo que nos toca picar sí.

– Porque hoy todo el mundo está enseñao a vivir su vida, no la de nadie y es así. Ni que sean hijos, ni hijas, ni nadie. –Mujeres entorno rural–

Su intención es *resistir* en sus hogares al máximo, hasta que les sea realmente imposible valerse. Sin embargo, les produce bastante desasosiego no percibir que existan dispositivos sociales articulados que les apoyen en este empe-

ño. De ahí su preocupación por lo que consideran una carencia social muy grave de la que, en su opinión, sólo ellos parecen darse cuenta:

– La sociedad tenía que dedicarse como se dedicó, venga a hacer guarderías, a hacer colegios, a hacer no sé qué o, como ahora, quieren dar 100 euros todos los meses por tener ocho hijos o cosas de esas. La sociedad se [no se entiende], estamos de longevos. Entonces, lo que tenían que criar es una sociedad para longevos. Entonces, las pensiones, aunque se, se jubile usted hoy con 200.000 pesetas porque ha cumplido los 65 años, y se jubila con 200.000 pesetas con 65 años, pero cuando pasen cinco años, eso se ha quedado en nada. Y no tienen para pagar una residencia, asustarte. Y ese es el problema concreto...

– Ese es el problema.

– Eso es. –Hombres urbano clase trabajadora–

Apelando a la racionalidad, argumentan que la actual disponibilidad de asistencia domiciliar excluye a la mayoría de la población de lo que ellos estiman la evolución más deseable para todas las partes implicadas, abocándola a situaciones de sufrimiento ante una eventualidad tan probable para su generación. Consideran que sólo los casos extremos pueden acceder a este tipo de prestación como servicio público, y la vía privada resulta inalcanzable para muchos bolsillos:

H: Como no te puedan atender en casa los hijos, o lo que sea, y estés solo, estás jodido porque a ver, a una residencia, como estamos diciendo, no se puede ir. Y hay unos sitios estupendos, pero carísimos, carísimos.

M: Bueno, también está la ayuda domiciliaria.

M: Pero tienes que pagar.

M: Si no, es una hora y quedas sola todo el día. –Mixto entorno periurbano–

Luego es que están muy difícil las ayudas a domicilio, tienes que tener muy poco, muy poco dinero para que te den esa ayuda y que te pongan una asistencia social a tu casa a cuidar a las personas mayores, está difícilísimo. –Mixto urbano clase trabajadora–

Ante este panorama que describen con tintes tan negros sólo les queda confiar en la suerte de no deteriorarse mucho antes de morir. Aquellos que no tienen pareja en la que apoyarse lo viven con más angustia que los que esperan poder sobrellevarlo con su cónyuge si ninguno de los dos entra en un estado totalmente incapacitante:

Yo digo que cuando a un anciano le quitan su casa se queda como un pajarico sin nido, está revoloteando, acordándose de su casa, añora su casa y yo he sacado la consecuencia, a pesar de que estoy en ello y me dedico a ellos es que las cuatro perrillas que tengamos mientras que nos funcione la cabeza, aunque no nos funcione los pies, mientras nos funcione la cabeza tener las cuatro perritas, con un poco del ayuntamiento y con lo que tengamos nosotros estar en tu casa, que nadie te saque de tu nido, ni hijo ni nadie, tu nido es tu casa. –Mixto urbano clase trabajadora–

Desde la perspectiva de este análisis que hacen de la situación, las residencias aparecen como la opción más clara llegados a un estadio de merma de capacidad funcional. De ahí que desarrollen un discurso en el que con naturalidad se asume requerir el ingreso en una de estas instituciones como destino propio, en algunos casos, incluso declarado como deseado, ante la otra opción de convertirse en una carga. Su preocupación, una vez más, es que resultan inaccesibles por la escasez de plazas públicas y lo prohibitivo de las privadas:

¡Uy! yo lo que pienso y, no sé, como yo piensan algunos más, en la residencia, cuando uno sea ya mayor o no te puedas valer o que estés solo o que eso, a la residencia, si tienes dinero para pagarla porque vamos a contar con la pensión luego y lo que piden en la residencia. –Hombres entorno rural–

H: Pero han pedido plaza en una residencia.

M: Sí, allí en Santander.

H: De ciento veinticinco a ciento cincuenta mil pesetas. Y todavía está, desde que murió la mujer, están esperando la plaza, están esperando pa ver, si se muere alguno de los que hay, pa darle.

M: Es vergonzoso.

H: No hay plazas. –Mixto entorno periurbano–

2. MALTRATO, ABUSO, DESAMPARO

Uno de los rasgos más sobresalientes del discurso de los mayores, apreciable desde los primeros contactos con *informantes clave* en la organización del trabajo de campo de la investigación, es lo estrecho del significado atribuido a la palabra *maltrato*. En su concepción, este término sólo alude a 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, demenciada o inmovilizada. De forma tópica, se refiere a los escándalos en prensa sobre condiciones infrahumanas en residencias, o vídeos de cuidadores que agreden físicamente a los ancianos demenciados a su cargo:

– *Porque cuando se descubre una residencia que los abuelos, las abuelas son maltratadas y que les hacen cosas y demás.*

– *Eso es horroroso, es lo que te da miedo.*

– *Porque a veces en la tele lo han dao, lo dan y se ven las abuelas y es una pena, y eso no hay derecho, ¿eh?* –Mujeres urbano clase trabajadora–

Consideran que tales situaciones pueden darse en el ámbito de una familia, cursando con golpes, suministro exagerado de sedantes o negligencia a la hora de alimentar a ese anciano, pero, en su opinión, esto sólo es concebible en un entorno francamente desestructurado, como continuación de una situación previa de malos tratos. Como tal, lo consideran muy infrecuente, convirtiéndose en casos anecdóticos espeluznantes:

– *Eso [violencia física o psicológica] se suele dar más bien en familias, en personas, mujeres mayores y...*

¿MUJERES?

– *Más bien, más bien con hijos drogadictos. No sé, no sé...*

– *Sí, es un tema frecuente [asienten].*

– *Entonces, es donde se... si no, pues lo otro ya es... Puede haber, no trato, buen trato, pero...*

Sin embargo, existe un conjunto de situaciones que tienden a pasar más desapercibidas para la opinión pública y que ellos valoran como inadmisibles o constitutivas de “mal trato” a las personas de edad, aunque empleen calificativos como vergüenza, abuso, desamparo o trato inaceptable. Esta denominación sí resulta compatible en su representación con modos de relación que, desde el punto de vista teórico, entrarían en la categoría de maltrato y que se producen en la esfera íntima o social de la existencia. La enorme carga valorativa que el término *maltrato* conlleva en el imaginario colectivo parece generar cierta resistencia a aplicarla a contextos cotidianos que les resultan afectivamente próximos.

Por fidelidad a su forma de concebirlo, de aquí en adelante se mantendrá la expresión “*mal trato*” como forma de aludir a todas esas situaciones que merecen, desde su punto de vista, la calificación de maltrato, abuso, desamparo o trato inadecuado.

2.1. ¿QUÉ CONSTITUYE “MAL TRATO”?

En franca coherencia con lo que apuntaban en el epígrafe anterior como áreas problemáticas o sensibles de la vivencia de las personas mayores, analizan el tema del “mal trato” en un contexto social amplio que, a sus ojos, explica cómo llegan a darse las expresiones concretas del fenómeno. Ese contexto en el que inscriben y explican el “mal trato” tiene dos vertientes, por un lado la imagen social de la persona mayor que perciben como imperante en nuestra sociedad, y, muy conectado a lo anterior, la estructura social y los valores dominantes, entendidos estos últimos no como ideas abstractas, sino con una fuerte dimensión pragmática que los actualiza en los modos de abordar los problemas cotidianos (Ros y Gouveia 2000)

2.1.1. LA OBJETUALIZACIÓN/ESTIGMATIZACIÓN DEL ANCIANO EN LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LOS JÓVENES

Las personas mayores parecen considerar evidente que la existencia de “mal trato” a gentes de edad se explica por la imagen social atribuida al anciano que lo caracteriza como *sujeto pasivo*, es decir, improductivo y por lo tanto socialmente *terminal*. Prefigurado como una carga a medio/corto plazo, el mayor estaría en deuda por cada cosa que recibe, como si estuviera viviendo de más a

costa de la sociedad a la que ya no puede aportar nada y de la que demanda mucho. Perciben que el punto de vista del mayor es considerado obsoleto casi por definición, y por lo tanto escasamente relevante para los jóvenes, que tienden a situarse en el dominio de la indiferencia o de la resignación/tolerancia antes que en el de la apreciación valorativa:

H: Saben lo peor, lo peor que hay para los mayores. Lo peor: eliminar los deseos. Cuando a una persona le quitan los deseos, la han matado. El momento que le quitas la..., deja desear algo, está muerta...

M: Claro.

H: Muere, muere. Lo han matado.

P: ¿Y QUIÉN LE QUITA EL DESEO?

H: ¿Quién le quita el deseo? ¿Quién le quita el deseo? Los que impiden a esa sociedad de mayores decidir por ellos mismos.

Pero es que yo creo que es una, no sé. Esa es una pescadilla que se mueve la cola porque... eso es ley de vida. Ellos tienen su propia casa, por ejemplo. Vamos, no es mi caso, yo lo veo. En su propia casa. [...] Quería decir que, que esas decisiones, esas decisiones que dices tú que te quitan... o que esos deseos, yo creo que está vinculao, hum, al círculo donde te mueves. –Mixto urbano clase acomodada–

Desde el punto de vista de los mayores, la sociedad de consumo, narcisista e individualista en la que perciben que estamos instalados fomenta un rechazo a las responsabilidades y esfuerzos no encaminados a este fin que favorece conductas hacia los mayores que pueden desembocar en “mal trato”:

P: ¿Y CÓMO EXPLICAN USTEDES QUE LOS HIJOS TENGAN ESA ACTITUD?

H: Egoístas.

M: Les hemos dado tantos placeres, tanta felicidad, tanto lo que han querido que después cuando ven cualquier dificultad dicen “esto me lo quito yo de encima como sea”, eso ha sido problema nuestro, darles demasiado, darles demasiado, vicios quizás, tal vez, que quería esto, toma, y nosotros sacrificando, trabajando, luchando... –Mixto clase trabajadora urbana–

2.1.2. CONTEXTO SOCIAL GLOBAL QUE INDUCE “MAL TRATO”

La percepción que los mayores tienen de los cambios operados en muy poco tiempo en la estructura de las familias les lleva a considerar este asunto como un factor de contexto relevante.

En su opinión, la salida de la mujer al mercado laboral (que, en general, valoran como un avance) y su consiguiente desaparición como cuidadora permanente del entorno familiar, ha lanzado a la sociedad en su conjunto un reto aún por resolver. Desaparece una figura crucial sin que se articule ningún mecanismo para sustituirla o apoyar su función. La consecuencia es que resulta muy difícilmente asumible el cuidado de un anciano que no sea totalmente independiente:

M: Pero, que yo digo que la situación social ha cambiao mucho, porque antes siempre había una mujer en casa y había, ¿eh?, la mujer es la que atendía los niños, los mayores y los enfermos, todo lo atendía la mujer, la casa y familia.

M: Pero ahora va cambiando, va cambiando, los jóvenes...

M: Pero ahora no hay esa mujer en casa, está trabajando, por eso digo yo que la asistencia social domiciliaria tendría que ser muy fuerte para que se pudiera seguir trabajando, pero luego estaría atendido el enfermo o el mayor y luego se quedaría en casa. –Mixto entorno periurbano–

Son conscientes de que la tensión y las contradicciones generadas por la dificultad en atender las necesidades de los mayores sin que exista apoyo externo dan lugar a situaciones desquiciadas en las que las relaciones se deterioran y el “mal trato” aparece de forma cotidiana. La falta de previsión y la ausencia de dispositivos eficaces y asequibles para sostener lo que consideran una realidad social, convierten en un asunto de resistencia personal y capacidad de sacrificio lo que es un problema estructural al que la sociedad, fundamentalmente a través de los poderes públicos, debería dar respuesta. Estas condiciones sociales configuran, en su opinión, un entorno adverso en el que los individuos y las familias, desbordados, tienen muchos más incentivos para tratar de hacer dejación de sus responsabilidades que para asumirlas con normalidad:

Hombre tú piensa una cosa, hay gente que a la familia que le toca que una persona mayor coja se ponga muy enferma y no tenga dinero para ponerlo en una clínica particular, puede destrozar la familia, no, no puede, destroza la familia y todo esto pues porque en los sitios oficiales no hay sitio, no hay sitio, no hay camas, no hay camas. –Hombres urbano clase acomodada–

– Ya te dejan, te dejan caer: “¡Espabilate, porque cuando seas vieja ya te tienes que espabilar, ¿eh?, porque tú mira, pues aquí estarías muy bien, porque tú ya puedes ir mirando pa arreglar papeles porque yo no podré, porque yo tengo trabajo”. Pues yo digo: “Pues malamente está la cosa”.

– Pues yo, ¿sabes qué le digo?, que yo aún sufriría más que los hijos estuvieran bien y me dijeran eso.

– Casi es mejor no tener hijos.

– Pero, señora, es que se sufre, es que se sufre, pero es que no puedes hacer nada. Si tú escuchas esas palabras, no puedes. Si escuchas estas palabras, las escuchas, y te caen como si fueran bombas a ti. Pero no te puedes rebelar, porque ¿qué vas a hacer? –Mujeres urbano clase trabajadora–

También reconocen la existencia de actitudes “inadaptadas” por parte de algunos mayores que se niegan a aceptar las limitaciones que los nuevos estilos de vida imponen, dificultando la adopción de soluciones intermedias entre los modos tradicionales (en los que el deber de cuidado recae exclusivamente en la familia) y la tendencia a desentenderse de los ancianos que se teme:

Claro, yo creo que depende mucho el carácter, ya te digo que yo estoy pensando en positivo, ¿eh?, para que cuando me toque, que sea positiva, que vea sólo el lado bueno de las cosas que hay. “Y me atienden, aquí me tengo todo atendido, todo cubierto”. Ya sé que echaré en falta más cosas, pero cuando empiece a echar en falta más cosas, diré: “Pero mira, yo sola no podría hacer esto y aquí estoy”, porque si te vas a lo que: “Ay, es que yo a las cinco me tomaba una galletita y ahora no me la dan”, bueno pues, para y no veas. –Mixto entorno periurbano–

– Porque hay personas que son desconfiadas, por lo que sea por su naturaleza.

– Sí, son mal pensadas de primera mano.

– Que si les quitan todo...

– Claro, y les ponen personas y por lo visto no las aceptan, o sea que dicen que en su casa no entra nadie, luego no te quejes de que estás sola. –Mujeres entorno rural–

En su análisis late la conciencia de que la rapidez de los cambios ha colocado a todos los actores en una situación de transición, y, por lo tanto, inestable. En este contexto estiman que los mayores, como individuos, se enfrentan al reto de asumir los condicionantes actuales, sin enrocarse en lo que consideran que se les “debe”, y negociar nuevos modelos de relación con la familia que permitan mantener los vínculos, desarrollando una relación satisfactoria sin sobrecargarla:

H: Hay que dialogar, hay que dialogar con los hijos y con los nietos. Porque a los hijos pa que nos traten bien...

M: Eso por supuesto

H: ... y no nos dejen en los hospitales pa irse ellos de veraneo, eh. Con los nietos para que sigan el ejemplo de los padres, de sus padres que han tenido con sus hijos porque si los hijos ven malos ejemplos en sus padres

H: Evidentemente, estoy de acuerdo contigo que los..., las personas mayores deben morir con los hijos. Yo soy el primero que pienso... [...]

H: Y en lo de dialogar, ya es obvio que eso, que deben dialogar, eso se tiene que contar...

H: ... pero, pero, desgraciadamente, como tú muy bien sabrás, eso no es así siempre...

H: ... y es verdad que no, por desgracia naturalmente... –Mixto urbano clase acomodada–

2.2. TIPOS DE “MAL TRATO”

Las formas de “mal trato” identificadas por los mayores se dividen en dos grupos, uno las situaciones que se producen en la esfera íntima, y otro lo que podría denominarse “mal trato” institucional o en el ámbito público.

2.2.1. LA ESFERA PRIVADA

En la esfera privada distinguen una serie de situaciones constitutivas de “maltrato”, que presentan cierta gradación dentro de la gravedad que le atribuyen a todas ellas. De menor a mayor serían:

- **Explotación como “mano de obra” gratuita.** Esta denominación alude a un fenómeno que los mayores describen como claramente explicable a la luz de las consideraciones previas sobre los modos de vida actuales, aunque no por ello justificable o menos censurable a sus ojos. Refieren situaciones en las que, generalmente, la abuela de la familia (aunque no exclusivamente) se integra en el núcleo familiar aportando su capacidad de trabajo en las tareas del hogar o el cuidado de los niños. En estas situaciones se establece una cierta relación de contraprestación bastante asimétrica, en la que se produce, a sus ojos, una franca explotación de la persona mayor, que inicialmente llevada por su deseo de ayudar a sus hijos y apoyarles en sus dificultades, se ve atrapada en una situación en la que ha de asumir una carga de trabajo y preocupación que puede llegar a sobrepasar sus capacidades físicas, so pena de dejar de resultar útil y por lo tanto pasar a ser gravosa para la familia. Cuando esta dinámica se instala, supone, desde su punto de vista, un abuso, que obliga a la abuela a renunciar a su propio bienestar, realizando un esfuerzo considerable, que con frecuencia acaba haciéndose inasumible, generando situaciones de agotamiento:

H: Claro que es un abuso.

M: Es un chantaje, también.

M: La abuela se quedaba cuidando a los nietos. Luchaba aquella mujer con los nietos, ah, pero como si fuera su madre, porque la madre se iba por la mañana y venía por la noche. Resulta de que se compraba la casa con su trabajo, y, allí, la abuela, cuando ya fue mayor, ¡tú aquí no puedes entrar, que es la sala! Y tú me has criado a los nietos, pero ya eres mayor y, ahora, a ver dónde, qué hacemos contigo. Aquí ha habido mucho de eso, eh.

M: Eso ha ocurrido en todos los sitios. –Mixto entorno periurbano–

M: Es que es una señora mayor, ya, ¿cuántos años tiene, setenta, no?

M: Setenta y dos.

M: Y le dejan casi tres niños.

M: No, pero eso hay muchos casos, hay muchos casos.

M: No hay muchos casos, y en esos casos, esa señora cuando se quede inválida, no estará atendida, porque si ahora ya la están explotando con los niños...

M: Pues eso, pues eso es lo que te digo.

Cuando este mayor desemboca en una situación de dependencia, en la que ya no puede ayudar y necesita cuidados, se produce la culminación de esta forma de “mal trato”: pasa a ocupar una posición de marginalidad en la familia, convirtiéndose en una molestia que anula toda la relación previa, o, lo que les parece incluso más grave, abocándole a una residencia.

- **Destitución familiar**

Esta variedad de “mal trato” se puede aplicar al escenario en el que el mayor permanecía en el domicilio familiar en el caso anterior, o producirse cuando una persona independiente se muda a vivir con sus hijos y nietos, ya sea periódicamente o de forma permanente. Consiste en una actitud que algunos describen gráficamente como “soportar al viejo”, esto es, hacerle saber que *está de más* y que su presencia se considera un inconveniente. Las maneras en que se manifiesta son, según los mayores, variadas y con diversos grados de sutilidad, que van desde negarle sistemáticamente la visión de los programas televisivos de su agrado, en favor de las preferencias de cualquier otro miembro de la familia, hasta ignorarle como si fuera invisible, sin dirigirle la palabra salvo para cuestiones operativas (lo que en alguna literatura se denomina “tratamiento de silencio”), o el caso más extremo a sus ojos, consistente en obligar a la persona mayor a pasar largos periodos fuera de la casa con la excusa de que tiene que pasear (solo), negándole la entrada antes del tiempo establecido como reglamentario por el miembro de la familia que ejerza la autoridad a este respecto:

M: Ahora mismo lo estoy yo viviendo al lao de mi casa. Llegó el yerno igual, está subiendo, no le dice ni buenas tardes a su suegra, y si intenta entrar porque él va a entrar, o ella detrás, la puerta le cierra.

P: O SEA, ¿QUE LA DEJAN UNAS HORAS DEL DÍA FUERA DE CASA?

M: No, igual baja a pasear la mujerita y tiene ganas de subir a casa, pues les ve a ellos que suben, pues ella detrás, cuando llega la mujerita arriba, pues zas.

M: ¡Qué tristeza, hija mía!

H: Qué tristeza que no tenga una llave ni para entrar en casa. ¡Qué pena!

H: ¡Jobar!, y estamos diciendo que nos van a cuidar ¿eh?

M: Eso es terrible, su madre.

M: Su madre y la propia hija.

M: Pepita, se marcha a las cinco de la tarde y vienen a las nueve y allí tiene que estar la señora dando vueltas y es una viejecita, ¿eh?
—Mixto entorno periurbano—

— Eso duele, eso duele muchísimo. Y a lo mejor, pues su padre por ejemplo, yo en mi casa, el padre está y a lo mejor quieres que le digas: "¡Hola, papá!, ¿Qué, cómo has pasao el día?", y a lo mejor no se lo dicen, dice: "¡Hola!" y miran para otro lao, en vez de mirar para donde está el padre, miran para otro lao. Es que lo hacen así.

— No tienen respeto.

— Y entonces, pues eso, pues el hombre se queda así mirando, como diciendo..., yo muchas veces pienso, digo, como desprecio. —Mujeres urbano clase trabajadora—

- **Desarraigo.** En esta categoría entraría cualquier escenario en el que el mayor, en contra de su voluntad, se ve obligado a dejar lo que considera su hogar.

La más evidente para ellos parece ser la circunstancia, por otro lado explicable para algunos que han ejercido a su vez como cuidadores de mayores dependientes, en la que la persona mayor que no puede vivir sola rota por los domicilios de los hijos. Esta situación, por más que la entiendan, les parece francamente lamentable y, en su opinión, la mayoría de las veces alienta en la persona mayor la sensación de *trasto viejo*, de estorbo, que tan dolorosa resulta:

H: Otra cosa, también, que es muy mala. Eso de que hemos dicho antes. Un mes con un hijo...

M: Eso sí.

H: ... Otro mes con otro hijo...

H: Malo, malo.

M: ... Otro mes con otro hijo. Yo conocía una señora que estaba con 40 de fiebre, y le tocaba la otra, ir a la otra. Con 40 de fiebre le levantó de la cama para llevarla donde su otra hija. Y, así, eso es terrible [voces]. Y, no hay sitio, no hay sitio. No hay sitio, para la abuela no hay sitio. Y la abuela dormiendo en el suelo y los otros en buenas camas. Yo he visto cosas que a mí me han dado mucha pena. –Mixto entorno periurbano–

Borra, además, cualquier referente de identidad propia o rastro de autonomía con respecto a los cuidadores, al estar siempre fuera de su ambiente, de la “comunidad” que se mencionaba antes. La consecuencia natural es el retraimiento social que, como ya se ha expuesto, funciona en su concepción como la antesala de la muerte. Esto menoscaba la autoestima, hiere y, en ocasiones, da lugar a una sensación de desamparo importante:

– O uno que tenga seis, siete u ocho hijos y vaya a meses, cuando aprenda a dónde está el water en una casa ya se ha olvidado cuando tienen que ir a la otra, y el carácter...

– Es que se da mucho con personas mayores impedidas, pues si hay cuatro hijos se los reparten.

– Cada día con uno y de mala manera, encima que tengas que ir y te cojan de mala manera.

– Y algunos echando por fuera...

– No, no cuando te coge una persona de mala gana ya...

– Cuando veas mal carácter y desaires en la familia ya...

– Para mal acompañado siempre es mucho mejor solos. –Hombres entorno rural–

Otra circunstancia que describen, catalogable en este tipo de “mal trato”, es la de forzar a una persona mayor que no ha perdido sus facultades cognitivas a ingresar en una residencia, ya sea con presiones morales o engaños por parte de los hijos, o por situaciones como las de algunas mujeres, que al quedar viudas no pueden costear el alquiler de su casa y no tienen alternativas dis-

ponibles. Son situaciones que en su discurso desembocan inevitablemente en una amargura profunda y un rápido deterioro físico y mental, convirtiéndose en una especie de condena a muerte para la persona:

Bueno yo maltrato es llevar a los padres a una residencia engañados diciendo que van a una visita y los dejan allí. El maltrato es no visitarlos porque les falta cariño, porque los abuelos no piden más que cariño, necesitan muy poco y todos los días sacrificados y los dejan en la residencia y algunos ni cumplen, que la mayor parte se han quitado un peso de encima y están libres y el anciano le falta la base que es el amor, que es su casa y su familia. –Mixto urbano clase trabajadora–

La persona que entra en una residencia contra su voluntad, que se le lleva, aquella persona entra llorando y muere llorando. Ahora, una persona que ha ido a vivir a una residencia por su voluntad, entonces aquella persona pues ya, sí sufre, pero no es el mismo sufrimiento que una persona que le lleve entre dos hijos o ¿eh? "Porque en casa no te podemos tener, y aquí te lo traemos". Yo hay muchas personas, yo, por suerte o por desgracia he estado muchos años yendo a la residencia porque tenía un familiar allí, durante catorce años y yo he visto entrar y meterla a una persona, una mujer, una mujer que le podían tener en casa pagando, porque tenían para pagarle, pero por más libertad y por eso, ¿para qué? Se lo llevaron allí. Aquella mujer entró a las seis de la tarde llorando, a los dos meses murió. No paró de llorar en esos dos meses. Aquella sufrió lo que no había sufrido en toda su vida. –Mixto entorno periurbano–

- **Explotación económica de los afectos.** Esta modalidad consistiría en hacer creer a un mayor que se le quiere o aprecia con el fin de convencerle de que ponga sus recursos económicos, ya sea la pensión que percibe, ahorros o bienes inmuebles, a disposición del familiar que se ofrece como cuidador *incondicional*. Experiencias de duelo, como la muerte del cónyuge o la necesidad de abandonar su hogar, situarían a cualquier individuo en una situación francamente vulnerable en este sentido.

Describen distintos grados de alevosía en este tipo de comportamiento, que va desde el secuestro de la pensión del mayor con el que se convive, aunque sea en régimen de periodicidad, con el argumento de que

se le da todo lo que pueda necesitar, hasta aquellos casos en los que se persuade al anciano, generalmente solo, de que venda su casa, entregue el dinero con todo su agradecimiento y se mude con la familia. Tras darse un tiempo mínimo de convivencia se le envía a una residencia sin posibilidad de negativa por parte del mayor que ya no tiene dónde acudir:

– *Cuando les llevan al asilo ya no les queda nada.*

– *Este matrimonio ellos tan contentos porque tenían hijos y como les dijo que les llevaban a vivir con ellos, pues ellos contentos porque se iban con sus hijos, a los dos meses, pues no los podían tener en el piso, después de que le cogieron al pobre hombre todo, le vendieron las tierras y todo. Lloraba el matrimonio que para qué.* –Mujeres entorno rural–

- **Abandono.** Describen como tal aquellas situaciones en las que una persona mayor que vive sola es abandonada a su suerte, sin que sus familiares directos velen por las condiciones en que vive, ya sea por indiferencia o relaciones abiertamente conflictivas, o por residir lejos, limitando sus contactos a visitas ocasionales o llamadas telefónicas esporádicas. El mayor se enfrenta no sólo a la soledad, sino a las tareas cotidianas que se vuelven situaciones de alto riesgo que le resulta muy difícil afrontar:

– *... Criaturas. Yo conozco dos o tres abandonadas que no entra nadie en su casa, y pasa usted por la puerta de su casa y aquello es el, lo tira a uno de espaldas. Malos olores y malos ruidos, mala... Eso lo hay aquí mucho...*

– *Hay personas abandonadas también aquí.*

– *... Que son personas abandonadas y que, a lo mejor.*

– *Abandonadas ellas mismas que están... Sí, abandonadas ellas mismas, pero no hay quien las coja y les diga: ven aquí...* –Hombres urbano clase trabajadora–

Otra variante de esta modalidad de “mal trato” sería la de desentenderse de la persona que decide ingresar en una residencia, espaciando o anulando las visitas o las invitaciones al mayor para seguir compartiendo momentos con la familia, fomentando y apoyando sus salidas del centro:

- Sí y les meten en residencias y a lo mejor ya no vuelven a por ellos.
- Yo me creo que aquí no pasan esas cosas, pero por ahí sí que lo oyes.
- Aquí vienen y les dan una comida un domingo, y un señor que está bien, vamos que tiene dinero, que está en el asilo y vienen y le sacan los días de fiesta cuando vienen y el hombre se queda llorando y les dice: ¿Para qué me sacaron si na más vienen una vez a verme y porque me lleven a comer yo eso ya?, se olvidan y no quiere ni que vengán los hijos a sacarlo ni a comer.
- Pero mientras están trabajando, pues tampoco pueden venir, vienen cuando puedan.
- O sea muchas cosas que te llegaban al alma, pero lo que hay que pensar es que no nos pase a nosotras.
- Duele mucho. –Mujeres entorno rural–

Hay aún otro tipo de situación que catalogan como “mal trato” atribuible a la familia, aunque en este caso se contempla como fuente de sufrimiento tanto para el que lo recibe como para el que, según los mayores, muchas veces involuntariamente, lo inflige: **la falta de capacitación de los cuidadores informales**. Alude a la situación en la que el cuidado de una persona mayor dependiente es inadecuado por una manipulación física incorrecta o por falta de habilidades relacionales y psicológicas del cuidador. Esta situación aparecería, fundamentalmente, en el caso de ancianos impedidos y/o demenciados:

- Pues tener paciencia.
- Lo que puedas y nada más.
- Hacer cada uno lo que se le ocurra y lo que buenamente puedas.
- Ahí está, atenderlos lo mejor posible.
- Pero siempre se necesitará a una persona que tenga conocimientos de cómo ayudar a esa persona
- Sí, mejor. Que la lleve al servicio, que la atienda, que la lave, es lo único.
- A lo mejor no sabemos las cosas de cómo hay que cogerle y cómo hay que llevarle. A lo mejor pensamos que estamos haciéndolo bien y estamos haciéndole más daño. Si no le sabes coger y no le sabes hacer

las cosas... le puedes hasta incluso dañar, y tú estás creyendo que estás haciendo lo mejor del mundo. –Mujeres entorno rural–

Consideran que se trata de un proceder menos lesivo afectiva y moralmente, pero que también supone un trato incorrecto. El cuidador, puede incluso ser consciente del mal que causa, lamentarlo y temerlo, sin saber cómo evitarlo. Pero no tiene más remedio que seguir asumiéndolo como tarea y desarrollar un aprendizaje por *ensayo y error*.

Otra posibilidad está relacionada con los **cuidadores “profesionales”**. Los mayores expresan cierto temor a que se produzcan situaciones de abuso de confianza por parte de cuidadores remunerados que, en ocasiones, pueden explotar económicamente al anciano al que cuidan, antes de que los familiares se aperciban de lo que pasa o dispensar un trato displicente durante los periodos en que no hay supervisión directa de los hijos, que es difícilmente detectado o denunciado por los interesados. Consideran que el problema es la falta de cualificación, y en ciertos casos de escrúpulos, de las personas que realizan esta actividad de forma remunerada, generalmente mujeres inmigrantes “reconvertidas” del servicio doméstico:

Yo he conocido una viejecita que la estaba cuidando una chica, de fuera, y se empezó la señora a ponerse un poquito mal de la cabeza y todo, esa señora tiene hijos, y la vigilaban mucho. Pero claro, la bajaba al Paseo San Juan y como ya estaba medio torcida, la dejaba sentada en el banco y si caía así, así que la dejaba, y ella corriendo se iba a otras chicas, como ella, que estaban cuidando, allí a hablar y no se enteraba que la señora la había dejao así de torcida, ni nada. –Mujeres clase trabajadora urbana–

Haberlas haylas porque hay el caso de expolio a esas personas mayores y eso sí que es cierto de que tienes personas que cuando los hijos confían en ellas, porque han tenido un control exhaustivo de lo que están haciendo, no pasa nada, pero a veces hay una persona que viene a ayudar para la limpieza, para cuidarte, la propia persona que se entiende con ella acaban desapareciendo hasta las cadenas de medalla que habías guardado durante toda la vida y si saben hacerlo la cuenta del banco se baja a cero, tienes una persona que cuide a este señor, sube, tiene la libertad de moverse por todo el piso y me consta, y que si es una persona, como hay que ser, de que antes de tocar un vaso de un

sitio le pide el permiso al señor, los hay que se llevan el vaso por decirlo de forma muy clara. –Hombres clase acomodada urbana–

2.2.2. LA ESFERA PÚBLICA O INSTITUCIONAL

Por lo que se refiere al marco público o de las instituciones, los mayores se centran en dos tipos de dispositivos, los sanitarios y los establecimientos socio-sanitarios o residencias, como ámbitos en los que puede estarse dando un “mal trato” a las personas mayores:

- **La asistencia sanitaria.** En general, el discurso de los mayores sobre la atención sanitaria que reciben es positivo, centrándose sus quejas en las demoras para someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Consideran, sin embargo, que se trata de una condición general del sistema y que no supone un *atentado* especial contra los mayores, sino que se inscribe en el marco de las posibilidades a las que tiene acceso la población general.

Hay, en cambio, dos aspectos que afloran como déficits específicos por el hecho de tratarse de personas de edad:

- Consideran que hay algunos profesionales médicos que tienden a achacar a la edad cualquier padecimiento, tratando de transmitirles cierta resignación ante achaques que ellos consideran solucionables y que merman su calidad de vida. Cuando el médico manifiesta esta actitud, escatimando esfuerzos en razón de la edad del paciente no dudan en catalogarlo como “mal trato” sanitario:

H: ... Hay muchos que son viejos y les dice el médico, a una señora que iba a ver como, porque le dolía este brazo y decía: eso ya es la edad. Y la señora, ya, hum, claro, oiga usted, doctor, usted está equivocado, ¿eh?, éste tiene la misma edad que éste y no me duele... [risas].

H: ... y quiero saber por qué me duele éste, y me despacha enseguida. Luego, después, no sé como decirlo, que se preocupen de, de atender sanitariamente a los, a los ancianos... –Mixto clase acomodada urbana–

- **El déficit de dispositivos sanitarios específicos.** Algunos mayores consideran que la dificultad de acceso a recursos sanitarios especializados

en el manejo de personas mayores constituye una forma de “mal trato” por parte de las administraciones públicas, que desde su punto de vista, no conceden suficiente importancia al bienestar del anciano. Un argumento reiterado es que, lo mismo que existen pediatras, en el centro de salud deberían existir geriatras:

Uno de los problemas graves que se tienen los mayores es la falta de la especialidad; o sea, no hay suficientes geriatras que atienden, que puedan atender los problemas propios de la gente de nuestra edad. No hay, es, es, prácticamente, ridícula la cantidad de geriatras por cantidad de habitantes, que se dedican, especialmente, a este tipo de, de, no de enfermedades, de procesos que necesitan atención especial y que necesitan gente que conozcan, porque no es lo mismo... la misma forma, para un pediatra que atiende un bebé. Evidentemente, necesita un geriatra que atienda gente mayor, con los problemas propios de la gente mayor. –Hombres clase trabajadora urbana–

H: ... No, pero, por ejemplo, mi nieta va al pediatra, y mi mujer va al geriatra. ¿Por qué? Porque son distintas. –Mixto clase acomodada urbana–

Los que se posicionan en este sentido, atribuyen a la atención primaria convencional la tendencia a sobrecargar al mayor de tratamientos farmacológicos, con las consiguientes consecuencias indeseables para el paciente, en el sentido de interacciones y dificultad de manejo, y que, además, se percibe como muy “cascado” ya que requiere tantos fármacos, sea o no el caso:

Porque los geriátricos cuando llegamos los mayores con una bolsa de medicamentos dicen “fuera, usted se toma esto y esto y punto”, la seguridad social ganaría si pusiera geriátricos en cada ambulatorio... –Mujeres clase acomodada urbana–

Es esta una carencia especialmente sentida en los entornos urbanos. Una explicación plausible es que en el ámbito rural se vive la extensión de la atención primaria con enorme satisfacción, y como un logro relativamente reciente, que parece predominar en su juicio, por más que en algunos casos las condiciones que describen no resulten objetivamente óptimas:

- No, no estamos mal atendidos.*
- No estamos abandonados.*

- Viene aquí me parece que dos días en semana.
- Y luego la enfermera que viene cada quince días a tomar la tensión...
- Ahora va dos días en semana el practicante.
- Y dos días la médica y la ambulancia la tenemos en Torremocha a quince kilómetros. [...]
- No hombre en la cosa de los médicos no estamos mal. –Hombres entorno rural–

Por otro lado, el conocido fenómeno de que la oferta genera demanda podría estar operando en este caso, y la práctica falta de experiencia con atención geriátrica fuera de las ciudades hace que tampoco se eche en falta.

- **Las “instituciones totales”.** Hay un tipo de residencia de mayores que en el imaginario de esta población opera como el paradigma de *institución total* en el sentido ya clásico acuñado por Irving Goffman, esto es, instituciones como cárceles, cuarteles, manicomios o residencias, que se constituyen en universos cerrados en los que la lógica imperante es el cumplimiento de la norma y la eliminación de los rasgos identitarios de los institucionalizados en pro de una uniformización que se instaura como necesaria. Su visión no se basa en experiencia directa, ya que se trata de mayores que viven en la comunidad, pero está construida a partir de experiencias ajenas significativas o de su propia observación como visitante externo, y consideran que se trata de un régimen mucho más generalizado de lo que sería deseable. En su discurso describen con indignación la existencia de residencias en las que los enfermos son conminados a permanecer en pijama y en su habitación, preferentemente en la cama, todo el día, salvo cuando reciben visitas, o aquellas en las que el horario es férreo, no sólo en la organización de las actividades del centro, sino limitando los tiempos de salida de los residentes:

– Aparcados es lo siguiente, porque eso ya te lo digo por experiencia familiar, levantan, a una cuñada mía, la levantan por la mañana, la lavan, la ponen su pañalito y la meten en una habitación un poquito más grande que ésta, la sientan en un sillón, muy cómodo el sillón, a la hora de comer le llevan la bandeja allí, ¿eso es aparcar a una persona o no es aparcar a una persona?, hasta la hora de acostarla que entonces la levantan, la bañan y la meten en la cama.

– Y cuando entra alguien por la puerta dice: “Hola, hola, estese aquí conmigo”, como las locas. –Mujeres urbano clase acomodada–

A esto se añaden las dificultades planteadas para que los residentes puedan llevar consigo sus propias cosas, negándoseles la posibilidad de personalizar su entorno.

Las formas organizativas que perciben como más frecuentes en las residencias de mayores están más orientadas a la despersonalización de los internos y el mantenimiento de cierta rigidez normativa que a procurar suavizar la sensación de desarraigo y enajenación que supone el tránsito desde la comunidad a este tipo de establecimientos:

– Pero en una mayoría, Luis, eso no pasa; en una mayoría no tienes tú esa libertad.

– A las de Sigüenza sí, allí a las siete de la tarde a cenar, sí saldría, podía salir por la calle y eso, pero luego a las siete de la mañana levántate.

– Pero es que eso ya no es tu casa, es que como tienes que hacer la cena para todos, la comida...

– Ya, pero como no es tu casa a las siete de la mañana levántate porque hay que aviar las habitaciones, con lo a gusto que estoy yo hasta las nueve, que yo veo el sol entrar en mi casa...

– Acostumbrarse ya a madrugar en los sitios estos...

– Más cuando vas así a la fuerza ya, y como te entre por pensar y..., cascás enseguida. –Hombres entorno rural–

En el imaginario de los mayores, las residencias privadas parecen reunir la mayor parte de estas características negativas, convirtiéndose en el paradigma de institución alienante, frente a las garantías que atribuyen a las públicas independientemente del entorno y clase social desde los que hablen:

Lo que se está pidiendo y nosotros lo estamos pidiendo es que haya residencias del gobierno, de cualquier caso de gobierno, porque están infinitamente mejor asistidas que todas las privadas. [...] y era una residencia privada, en la cual había 40 viejos aparcados, con un peste a orín y peste a todo y era una residencia que la persona que nosotros habíamos llevado pagaba casi cien mil pesetas, ella tenía su pensión y

una sobrina quedó en que pagaría el resto hasta llegar a lo que estipulaban ellas, que era lo menos que podía pagar. –Mujeres urbano clase acomodada–

2.3. LA INVISIBILIDAD

Los mayores perciben que el maltrato, tal como ellos interpretan este término, es francamente infrecuente, de ahí que se convierta en noticia, y en algo inconcebible en un entorno convencional. Sin embargo, el “mal trato”, es decir el abuso, el desamparo, los modos inadecuados, es, a sus ojos, una situación más habitual de lo que aparenta. Atribuyen a este otro “mal trato” una condición insidiosa que lo hace poco visible para quien no lo sufre y, a veces, difícil de transmitir para quien lo padece, que, por un lado, está socialmente deslegitimado para quejarse de lo que “graciosamente” recibe, y, por otro, se ve atado por un pudor que le impide confesar, a veces incluso a sí mismo, que es la “carne de su carne” la que no lo valora y lo aparta de su vida:

H: El maltrato es subjetivo. El maltrato... Si yo creo que me merezco una serie de atenciones y no me las dan, pues para mí eso es maltrato, pero es subjetivo. Muchas veces el maltrato no es objetivo...

H: No, bueno

H: ... y luego, luego está el que le atiende, que también es subjetivo, porque piensa que está atendiendo bien y está atendiendo mal. Muy difícil. Eso no se puede compaginar. Eso es totalmente heterogéneo...

M: No, no, no. Yo creo que sí, yo creo que sí.

H: ... Bueno, pues a ver, a ver, a ver quién hace una regla de lo que es buen trato y lo que es mal trato. A ver quién la hace... –Mixto urbano clase acomodada–

Es que no te lo pasas a creer, porque dices: “Es imposible que le hagan eso a su madre”. Bueno, yo estoy viendo, mira en el barrio, una señora mayor, su propia hija, sube la mujer las escaleras, le da unos portazos a la puerta, pa que no entre a casa y otra vez la mujerita, pim, pam, pam. Es que yo no sé, o sólo lo veo yo los problemas, o yo no sé, si no veis nunca nada, no os ha tocao nada de eso. –Mixto entorno periurbano–

Por otro lado, describen la impotencia de ser testigo en su entorno de situaciones de este orden en las que, sin embargo, no se sienten capaces de intervenir directamente porque supondría una injerencia intolerable en la “soberanía” de otro hogar. En su discurso se reclama la existencia de una “autoridad”, alguien capaz de intervenir pasando por encima de aquellos que incumplen su responsabilidad de atender y cuidar al anciano. Como individuos estiman muy limitadas sus posibilidades de denunciar situaciones de “mal trato”, reduciéndose en muchos casos a esperar que los correspondientes servicios sociales lo detecten e intervengan o, en comunidades bien cohesionadas, tratar de ejercer cierto control social sobre los cuidadores reprochándoles su actitud:

- *Y así de comer... no sé lo que le daría.*
- *A lo mejor agua.*
- *No podía ni andar.*
- *Yo le decía: “¿Y la Milagros?”, porque se llamaba Milagros. “Ahí está, haciendo el tonto”. “¿Y de comer?” “Toma, yo la tengo que hacer la comida”. “Pues ¿qué vas a hacer de comida?, darle un caldo o algo”. “Ay, un caldo, te dice que te lo comas tú”.*
- *Oye a lo mejor en eso era verdad. Pues por eso esas personas necesitan unas personas para saber cómo tienen que hacer, o por mediación de otras.*
- *Eso tenía que haber sido la Guardia Civil o el Ayuntamiento o quien fuese y decir: “Vamos a ver las condiciones que hay”. –Mujeres entorno rural–*
- *Y así y todo no te dejaba, no dejaba.*
- *Y eso que tenía amistad de antes, y era una mujer más maja que maja y una mujer joven y dijo..... [No se entiende, no es posible la transcripción, por lo rápido que habla]. “Que a mi madre no le falta comida que estamos nosotros”, pero era tan bruto el hijo, bueno más.*
- *Un caso de esos se ven poco, porque si no lo hace el padre, el hijo debe de decir: “Mira a esta señora... [No se entiende el final de la frase].*
- *Son casos extremos.*
- *Pero nada, se lo dijimos y fuimos al ayuntamiento. Que manden una asistente social para que atienda a tu madre, la limpie, la haga las*

cosas. Y creo que la mandaron del ayuntamiento y no le dejaron entrar, así que ¡qué iban a hacer!, la casa era de ellos, que no sé, lo que te digo, la Guardia civil o, forzao, forzao.

– Pero tampoco pueden meterse...

– Bueno o alguien, que dijera: “Esto es así y si usted no hace caso de su mujer o de su hijo se le denuncia”. Pero a ver qué puedes... si no te dejan entrar, ¿cómo entras? –Mujeres entorno rural–

Por otro lado, tomar partido compromete y, dado que no están muy claras cuáles pueden ser las consecuencias para la persona a la que se trata de proteger ni para el propio *denunciante*, reconocen que en la mayor parte de los casos la respuesta es un silencio aprensivo esperando lo peor

M: Pero, es que hay otro problema, eh. Que, por ejemplo, yo, si dejo a mis padres, por ejemplo, les dejo en el pueblo. Hubiera pasado lo que usted dice, eh, que se cierran en casa y no consienten que vaya ni la vecina, eh. Ojo. Y, luego, cuando vamos las hijas, pero como que está esto y cuánto y no sé qué. Aquí no entra nadie y esto es de...

M: Pero, es que las vecinas pueden ir un día o pueden ir dos...

M: ... Ya, pero es que ellos no...

M: ... pero no es cosa de solucionar la vida con la vecina. –Mixto entorno periurbano–

3. INSTANCIAS COMPETENTES

En general, el discurso de los mayores acerca de los mecanismos articulados para combatir el maltrato a personas de edad es algo impreciso, girando en torno a suposiciones o ideas de lo que debe de ser, o incluso de lo que debería hacerse, más que denotar conocimiento y claridad sobre los recursos disponibles. No obstante identifican con precisión a los actores implicados, atribuyéndoles distintas funciones y competencias.

3.1. LOS SERVICIOS SOCIALES

Son, probablemente, el dispositivo más claramente relacionado con el problema desde el punto de vista de los mayores. Se considera que es competencia de los servicios sociales locales detectar y remediar las situaciones de “maltrato” en la comunidad. Por un lado, cuentan con la legítima autoridad para intervenir, que, como ya se ha expuesto, es un atributo necesario, desde su punto de vista, para “entrar” en una esfera privada donde se esté produciendo “maltrato”. Por otro lado, es la única instancia identificada como administradora de los recursos necesarios para proveer la asistencia que se requiera (aunque insuficientes en su opinión).

– Pero yo creo que en eso, las cosas sociales, lo que es el ayuntamiento, yo creo que va bien, si ellos no lo hacen porque a lo mejor no se enteren, pero si hay casos raros pues yo creo que sí que se ocupan de todo esto.

– Yo creo que sí que todos esos casos los llevan muy bien, pero claro, lo tendrán que saber la familia.

– Y dar a conocer.

– Si no los dan a conocer, pues no lo saben. –Mujeres entorno rural–

Por lo que se refiere a la prevención primaria de las situaciones de “maltrato”, los mayores consideran que deberían ser, una vez más, los servicios sociales los que hicieran el seguimiento activo de todos los mayores para detectar situaciones de vulnerabilidad y ofrecer el apoyo necesario antes de que se deterioren sus condiciones y las de sus cuidadores o se vean obligados a abando-

nar su hogar o a sobrevivir en soledad. Sin embargo, consideran que su papel en este sentido es, hoy por hoy, francamente limitado:

- *Pues eso, alguien que se encargue de estar al tanto de esas cosas.*
 - *Y de dar una vuelta.*
 - *En principio nosotras, de denunciarlo si lo sabemos, de denunciarlo, el que sepa un caso de esos.*
 - *O darlo a conocer.*
 - *Claro.*
 - *Porque aquí una vez en una ocasión, hubo unas señoritas que vinieron, la una era psicóloga, la otra era abogada, me parece.*
 - *Ah, sí, fue abajo en el salón de actos.*
 - *Y dijeron que si sabían de familias que en su casa se recibían malos tratos, que lo denunciasen. Y había un caso, entonces había un caso.*
- P: ¿Y DÓNDE SE DENUNCIAN?*
- *Pues a ellas, a las señoritas que habían.*
 - *Y de continuo debían de estar aquí en la biblioteca, era una psicóloga, una abogada. Pero no han ya...Y estaban ellas solamente para los casos. Porque se habló a nivel del pueblo, porque me parece que fue por lo del día de la mujer, fue en una charla que hubo. Entonces dijeron, porque éramos bastantes, que el que supiera un caso, pues la vecina, pues el otro y un caso en concreto lo dijeron, y lo resolvieron, ahora ya... Estaba recibiendo un maltrato del marido y del hijo.*

3.2. LOS SERVICIOS SANITARIOS

A este tipo de dispositivo se le atribuye un papel importante en cuanto a la función de detección de casos de maltrato cuando éste se relaciona directamente con un deterioro físico de la persona por no recibir los cuidados adecuados o ser activamente agredida. Sin embargo, su intervención, tal como la conciben los mayores, se reduce a amonestar a los cuidadores y, en su caso, poner en conocimiento de los servicios sociales o de la autoridad judicial las situaciones de maltrato:

Pues los médicos, la llevaban y siempre mentían, que si se había dao con una puerta, si se había dao con un tabique, con un palo. Y le dije-

ron una vez: "Mire usted, como venga usted con esta mujer en estas condiciones lo vamos a denunciar". –Mujeres entorno rural–

Por otro lado, se le atribuyen plenas competencias en los aspectos de "maltrato" institucional en el ámbito sanitario, especialmente en cuanto a modificar la accesibilidad de la atención geriátrica.

3.3. LA COMUNIDAD

Asignan, también, a los miembros de cada comunidad y a los familiares no implicados la responsabilidad de romper el velo de la indiferencia y denunciar ante las "autoridades" (fundamentalmente los servicios sociales) los casos que se producen ante sus ojos. Esta obligación de denunciar y hacer patentes los casos que se detecten no se refiere sólo a los que puedan ser constitutivos de delito, sino, también, a lo que pasa desapercibido a los ojos de quien pueda tomar cartas en el asunto: otros familiares, los servicios sociales, organizaciones religiosas o laicas de apoyo a los mayores, e incluso la "guardia civil". Se trataría de contribuir a disminuir la "invisibilidad" que achacaban a las situaciones de "maltrato" que han descrito. Sin embargo, en este sentido parece predominar el sentimiento de impotencia y desconocimiento de los mecanismos adecuados para actuar, que desemboca en la inhibición:

También es labor, dices tú, de las asociaciones, y de las personas que están al lado, que son las que deben de entrar y llevarlas y si no por lo menos decírselo, ir a la asistente social, a los asuntos sociales de los distritos y exponer el caso "mire usted esta persona está sola", porque es que puedes recurrir a dos cosas, se puede recurrir que vaya una persona mayor y se puede recurrir también al voluntariado, en el voluntariado hay personas mayores y personas jóvenes y hay muchos. –Mujeres urbano clase acomodada–

3.4. LA INSPECCIÓN

La responsabilidad de detección y remedio de las situaciones de "maltrato" o franco maltrato, en el seno de las residencias, se atribuye a una entidad denominada "la inspección", aludiendo al control por parte de los poderes públicos

de cualquier establecimiento de este tipo. Es un concepto vago, que parece responder más a la convicción de que eso tiene que existir que al conocimiento de sus modos de funcionamiento. Constituye, en su imaginario, una instancia que engloba lo que consideran que es el papel de las administraciones públicas de regular los funcionamientos de las residencias y velar porque se mantengan las condiciones adecuadas:

– Yo si hiciera una residencia privada sería para sacar beneficio, esto es el tópico.

– Lo que sí es evidente es que tiene que haber un control estricto por parte de la Administración, de las Autoridades, somos conscientes que es un negocio privado y por lo tanto se pueden cometer abusos, pues tiene que controlarse bien. –Hombres urbano clase acomodada–

– Ya sabes que se ha oído que han tenido que denunciar a muchas por el mal trato que dan.

– Claro, otra cosa que tenía que estar más vigilada y más inspección.

– Pero no denuncian aunque les vaya muy mal, son residencias que aparentemente son buenas, les va mal y tienen que estar ahí. –Hombres entorno rural–

También los familiares de los internos cargan con una parte de la responsabilidad de monitorizar y denunciar, si procede, las condiciones en el interior de las instituciones.

4. PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS

Los mayores apuntan una serie de propuestas encaminadas, fundamentalmente a evitar que se produzca el maltrato o “mal trato” de ancianos. Es decir, optan por la prevención primaria antes que la secundaria, atacando las situaciones que, desde su punto de vista, predisponen a que los mayores sufran este tipo de situaciones.

4.1. LAS PENSIONES

Es este un punto irrenunciable que orientan a hacer desaparecer pensiones que no llegan ni al salario mínimo y abolir la merma de las pensiones percibidas por las mujeres que pasan a ser viudas. Se trataría de adecuar las pensiones mínimas a las necesidades básicas de un mayor, evitando situaciones de dependencia económica o práctica indigencia, en las que, a su juicio, muchas personas se encuentran hacia el final de sus días:

– Primero arreglar las pensiones de viudedad, que es una vergüenza que yo no sé cómo pueden salir a la calle, eso es lo primero.

– Y para mí lo segundo evidentemente sería la cuestión esta de las residencias y de los centros de días, esto es lo segundo.

– Más residencias y más centros de día.

– Para mí estas son las dos cosas que deberían, yo no diría deberían pedirse, deberían exigirse. –Hombres urbano clase acomodada–

4.2. EXTENSIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS

La alternativa que formulan propone un enfoque distinto, en su opinión, del “problema” de los ancianos por parte de los servicios sociales.

En primer lugar, consideran que debería tener una vertiente preventiva de los malos tratos más clara, priorizando la fórmula de ayuda domiciliaria como la más deseable para todos los implicados, y probablemente, la menos costosa para la sociedad en su conjunto:

Pues muy sencillo, como nosotros estamos en unas edades que nos tocará, por favor que el gobierno lo vaya mejorando, que haya más ayuda a domicilio sobre todo, que un matrimonio no tenga que abandonar su casa, aunque no tenga dinero, que no le tengan que llevar a una residencia, a no ser que esté enfermo, si ya necesita cuidados médicos eso ya es otra cosa, pero más ayuda. –Mixto urbano clase trabajadora–

M: Yo también soy partidaria de que a poder ser no se salga nadie de casa más que en el último momento o momento muy extremo, que hace falta ayuda exterior, pero a la casa.

M: A la casa, es decir que, si estás en casa y no te pueden atender, pues que te ayuden.

H: Porque cada uno en su ambiente.

M: Tú fíjate lo que se paga en esos sitios, pues bastante que no podrían ayudar a una casa, sin gastarse un duro más. –Mixto entorno periurbano–

En todos los grupos de discusión se desarrolla la idea de que si la accesibilidad a servicios de apoyo domiciliario fuera mayor disminuiría considerablemente la conflictividad en las familias que se hacen cargo de un anciano dependiente, atajando uno de los factores que les parece más importante para explicar el mal trato en ese ámbito. Reclaman cierta política de “cuidar del cuidador” como herramienta de prevención. En algunos casos detectan que hay una tendencia incipiente en este sentido en ciertos servicios sociales, que valoran muy positivamente, aunque lo consideran insuficiente:

Pues lo que hemos dicho antes que está haciendo la Generalitat y es buscar para que los cuidadores puedan tener sus vacaciones, hasta ahora hablamos de vacaciones, pero vamos a decirles también que cuiden los fines de semana, y al menos cada mes ese matrimonio durante todo el año tenga un fin de semana cubierto para poder hacer su vida... –Hombres urbano clase acomodada–

Por otro lado, la extensión del apoyo domiciliario permitiría a muchas personas mayores mantenerse en sus hogares sin necesidad de convivir con los hijos, disfrutando de mayor autonomía.

Mientras que algunos mayores defienden la posibilidad de que esta ampliación del servicio se realice a base de voluntariado, otros se oponen frontalmente a este tipo de solución, considerando que debe ser un trabajo remunerado realizado de forma sostenida por personas con algún grado de cualificación:

M: A mí me parece mucho mejor que ese voluntariado no sería voluntariado, que pagarían a tanta juventud que han terminado carreras, han terminado, pues, no sé, el los primera primaria, de la escuela y todo eso; pues que cojan a esa gente, que les pagan lo que haya que pagar, pagar. Y que manden a esos domicilios, a esas ayudas que tienen de voluntariado. A mí me parece, como que se agarran mucho a los jubilados y, venga, iros ahí que, sí, que todavía tenéis fuerza y, venga, haced esto, haced lo otro. Muy bien, el que pueda que vaya, pero, primero, esos puestos que hay para ayuda domiciliaria o ir a, a las residencias de ancianos a ayudar a la gente a darles, que no tiene nadie, a darles de comer o a hacerles compañía, que se ponga un dinero, que se pague a la juventud, que hay mucha juventud que no tiene un puesto de trabajo, eh, y es crear un puesto de trabajo. Porque, entonces, los jubilados lo que estamos haciendo es, con el voluntariado, quitar un puesto de trabajo, y ese dinero irá al bolsillo de alguien. –Mixto entorno periurbano–

– Ya lo sé que hay un voluntariado, pero que hay falta de voluntariado que es lo que yo quiero decir, hace falta más voluntariado, que se impliquen más las personas porque aquí estamos unas pocas y hay algunas [?]...

– Estamos hablando del voluntariado, de la persona mayor que tiene muchas horas libres que puede hacer perfectamente, no os podéis imaginar lo que uno recibe cuando da... –Mujeres urbano clase acomodada–

Opinan, además, que los servicios sociales deberían adoptar una actitud de detección activa de las necesidades de cada uno de los mayores de su zona,

en lugar del funcionamiento que les atribuyen de esperar a que se les notifique que deben actuar para hacerlo:

Vigilancia a los mayores, personas por ejemplo que tienen ya 75, 80 años que de vez en cuando fuera la asistente social a esas casas, a ver cómo está esa familia... –Mixto urbano clase trabajadora–

En segundo lugar, consideran que los servicios sociales asistenciales están en el momento actual concebidos como dispositivos de atención a situaciones extremas o casi marginales, lo que, además de limitar su uso a una parte pequeña de la población, tiene, a sus ojos, un carácter estigmatizante, ya que hay que estar en condiciones muy precarias para obtener asistencia. Lo que proponen es que se extienda el uso de la asistencia social a otros sectores de la población de forma que se normalice, mejorando su calidad e intensidad de manera que se evite la desprotección y el deterioro de las capas con un poder adquisitivo medio. Consideran que este tipo de abordaje de la cuestión debería fomentar formas autogestionarias e imaginativas, que resultarían menos costosas en recursos sociales, al evitar, en la mayoría de los casos, la institucionalización. Proponen diversos formatos de pisos compartidos autogestionados, en los que los mayores que optaran por esta solución compartirían gastos y personal de asistencia, creando cierta economía de escala y evitando el aislamiento y la soledad, pero manteniendo la autonomía, lo que, a su juicio, retrasaría mucho la institucionalización o la evitaría:

M: Los pisos están bien, también.

M: ... Entonces, los pisos tutelados son los que, yo pienso, que debería de haber más...

M: En Irún hay unos cuantos.

M: Pero, pocos. Pocos para la gente que hay, porque, ahora mismo, lo que estamos diciendo, de 75 ó 80 años, que, todavía, están, más o menos bien, juntándose tres o cuatro, con una mujer que le irían particulares a casa a hacerles la comida y la cena, valía. Y, en las residencias, está costando un montón; o sea, que también eso podría ser una solución, antes de ir a residencias, que, luego, llega un punto que tienes que ir a la residencia porque estás deteriorado, porque ya no; pero que, con una buena calidad de vida, como tú decías, con 80 años...

H: Claro.

M: ... que ya no estás para estar en casa, pues podían hacer unos pisos tutelados.

H: Y están muy bien, porque van a los pisos esos cuando ya esto y cuando ya ven que en el piso ya no pueden estar, de allí mismo, directamente, a la residencia. –Mixto entorno periurbano–

Le llamamos viviendas compartidas [...] al que no llega a final de mes para pagar la vivienda, o aquella persona que necesita el cariño o necesita hablar con una persona, entonces estas personas normalmente son de..., no son ricas, no son pobres, pero son de la clase media que cada vez es más pobre y más necesitada, estas personas si se juntan dos, o tres, o cuatro pueden vivir si se entienden, muchísimo mejor en un piso que no cada uno por su lado. –Hombres urbano clase acomodada–

4.3. FOMENTO DE LAS RESIDENCIAS PÚBLICAS

Funcionan como el paradigma de la garantía de que los profesionales están cualificados y el funcionamiento es adecuado:

– No sé si conoceréis vosotros la residencia de la Junta de Andalucía que hay en Fuengirola, es como la noche y el día, aquello es una residencia del gobierno, que siempre se piensa que las residencias del gobierno... ¿qué ocurre? que si allí se necesitan ocho personas para cuidar a veinte enfermos hay ocho personas, mientras que en una residencia privada como el que tiene que pagar a las ocho personas empleadas es el dueño, en vez de poner ocho personas ponen tres y si necesitan...

– No se las lavan, las ponen un trapito... –Mujeres urbano clase acomodada–

Consideran que la condición de que el precio sea proporcional a los ingresos es inalienable y que el número de plazas debería aumentar en proporción a la lista de espera, aunque, como ya se ha señalado, en su opinión, la mejora del dispositivo de asistencia domiciliaria y su disponibilidad en fases tempranas del deterioro disminuiría bastante la necesidad de residencias:

H: Yo creo que el ideal es pedir al Estado que haga residencias en donde se pueda pagar una parte proporcional de los ingresos, por ejemplo, si tienes casa o tienes pensiones, eh, de los ingresos del..., de residencia; de tal manera que una persona que tenga una pensión de 50.000 pts. o 60.000 pts. que creo que es la mínima, pueda pagar 50.000 pts. y estar atendido exactamente igual que una persona que tenga 300.000 pts. y tenga que pagar 260.000 pts a la residencia...

M: Ese es el ideal...

H: Dos puntos. –Mixto urbano clase acomodada–

– Mientras no haya políticas, no políticas que se discuten en la cámara de diputados y ayudas concretas del presupuesto nacional, pero el régimen autónomo y de los ayuntamientos para que se construyan, igual que se construyen otros elementos para otros estados de la sociedad, que se construyan las residencias necesarias de acuerdo a la población que tiene cada ciudad...

– Claro. –Hombres urbano clase trabajadora–

Los centros de día y las residencias son insuficientes, a medida que se va incrementando la edad de los que viven, es decir, antes la gente se moría antes, ahora la gente vive más, vivimos más, hay muchos medicamentos y no sé por qué pero vivimos más, pues entonces se va incrementando a cambio las demencias seniles, etcétera, etcétera, y en cambio no aumenta el número de tal y esto es una cosa que sí que deberíamos pedir. –Hombres urbano clase acomodada–

Esta demanda estaría destinada, por tanto, a cubrir aquellas situaciones en las que realmente sea imposible la permanencia en la comunidad, ni siquiera con las condiciones de apoyo domiciliario que proponen. Pero consideran que en esas circunstancias se trataría de una situación francamente minoritaria:

No, no pedimos una residencia para todos los casos, para gente, o sea en especial los que tienen alguna enfermedad o alguna dependencia, o sea que una persona que no tenga ninguna dependencia porque sea mayor ya tenga que ir a una residencia, no encuentro porque la familia tiene que estar para ello, pero cuando una persona mayor tiene dependencias o graves dependencias entonces tiene que cuidarse la administración. –Hombres urbano clase acomodada–

Abogan por que la flexibilidad y la personalización sean un objetivo que dirija el funcionamiento de estas instituciones, dentro de las limitaciones que toda organización impone, y por una segmentación que permita que existan centros diferenciados para distintos grados de limitaciones funcionales o cognitivas, en lugar de la agregación actual de los mayores con impedimentos funcionales y aquellos en situación terminal o demenciados, que alienta la sensación de “antesala de la muerte” que algunas instituciones transmiten, desde su punto de vista:

M: Por otra parte, también, yo veo, que las residencias para mí, que yo he ido a ver con estas personas, tienen grandes inconvenientes. Y es que hoy ven morir a una persona, mañana a otra, otra que tiene el Alzheimer y el pobrecito babea, otra que... Y estas circunstancias son muy desagradables, muy, muy desagradables. –Mixto urbano clase acomodada–

P: UNA VEZ QUE UNO ESTÁ DENTRO DE UNA RESIDENCIA. QUÉ ES LO QUE USTEDES CONSIDERARÍAN UN BUEN TRATO.

– Pues, por lo menos, que tenga una comodidad... [hablan a la vez].

– Seguridad. Y piezas, piezas...

– ... de aseos, y cosas, pijamas, como en una residencia...

– El trato personal, el trato personal porque...

– El trato personal, también. –Hombres urbano clase trabajadora–

– Una pregunta: qué es lo que usted consiente, considera confort en su casa. Qué es lo que haría usted. Pues lo que en mi casa tengo yo, quiero en mi residencia. Lavarme y levantarme por la mañana. Ducharme, etc., etc. Afeitarme, desayunar, eh, y cambiar el cuerpo. Y después, pues viene todo lo demás: que me hagan la cama, que me atiendan lo que sea, que limpien la casa, etc., etc. Eso ya es cuestión de ellas; pero es que hay muchas organizaciones que éstos se pasan un día o dos sin limpiar tampoco, y esto tampoco es. O sea, la asistencia realmente higiénica y de confort.

– Distracción ya tienes porque hay salas de cine, salas de muchas cosas. Incluso allí tienen allí para jugar a la pelota. Yo juego poco porque ya a esa edad..., pues juegas poco a la pelota, pero que tienen juegos; o sea, la distracción... –Mixto urbano clase acomodada–

4.4. AUTOORGANIZACIÓN

Algunos mayores apuestan por una estrategia global de organizarse para constituir un *lobby*. La autoorganización y la búsqueda de peso social como grupo son vividas por muchos mayores, especialmente en entornos urbanos y rurales periurbanos, como formas fundamentales de evitar las situaciones de “maltrato” en dos sentidos: por un lado, modificando la imagen social de las personas mayores y, por el otro, ganando influencia en el diseño de las políticas públicas que les afectan, funcionando como paradigmáticas las pensiones y el incremento de servicios sociales públicamente financiados.

Los mayores ni son un partido político ni son un grupo de presión. Los bienes son siempre escasos. Nunca hay para todos. Y se reparten en función de la presión. Si los mayores, ni las decisiones suyas son vinculantes para el gobierno, ni tienen presión suficiente, no le pueden llegar parte de esos bienes. Si no existen parte de esos bienes, todo esto que hay que hacer no sirve de nada porque son, pues. declaraciones de buenas intenciones, pero nada más.

Por tanto, lo primero es conseguir que esos bienes, que esa parte de..., pero como lo que le dan a uno se lo tienen que quitar a otro, hay que tener suficiente presión para que se lo den a los mayores en lugar de dárselos a los demás, o de algún sitio, de donde quieran que lo quiten. –Mixto urbano clase acomodada–

Aparte de estas funciones políticas, atribuyen a la creación de colectivos de mayores la virtud de hacer proliferar espacios propios, tan necesarios para seguir socializándose cuando los vínculos de las comunidades naturales se vuelven laxos. Esta relación sostenida con un grupo de pares, basada en los intereses comunes, mantiene una red afectiva que se percibe como solidaria y que mantiene la autoconfianza y las posibilidades de realización de las personas que la integran:

Hay gente que dice “oye no hay un sitio adonde se pueda una reunir, no es que estamos aquí en el parque, en los bancos, un sitio que hagan para todas las personas mayores, llegues allí, “yo soy fulana”, “ah, pues vente, siéntate ahí que vamos a divertirnos” o a las cartas, o a jugar al parchís”, algo, porque yo sé de gente que le digo “¿usted no sale?” dice “no tengo con quién salir, no tengo amigas”, pues se ha muerto

el marido, se ha visto sola, los hijos, eso es otra cosa... –Mujeres urbano clase acomodada–

Reconocen, sin embargo, que la inercia social es muy fuerte y opera en el sentido contrario, manteniendo a muchas personas mayores “encerradas frente al televisor”. Aquellos que forman parte de asociaciones expresan la necesidad de un trabajo continuo para atraer a la gente y hacerles abandonar esa dinámica de reclusión en la vida privada que consideran nociva:

– Se van al campo, se meten en su casa y ya no salen, llegan del campo se meten en casa a las cinco, a las cuatro o a las siete y ya pues se habitúan a estar así en casa, tampoco les puedes decir nada, cada uno tiene su forma de ser...

– Supongo que la tele les ha influido también. –Hombres entorno rural–
Lo que pasa es que la gente no quiere enterarse, pero se están haciendo cantidad de cosas en donde servidor de usted, que estoy lleno de trabajo hasta aquí, estoy pasando horas detrás de una mesa de un stand a disposición de la gente para decirles lo que nosotros hacemos y la gente pasa y no se detiene, la gente se va al stand de telefónica porque regalan sombreros. –Hombres urbano clase acomodada–

V. CONCLUSIONES

1. Los mayores identifican seis aspectos críticos en cuanto a la calidad de vida de un anciano, que funcionan como zonas de vulnerabilidad donde puede aflorar el maltrato:
 - **La independencia económica.** La falta de equilibrio que perciben entre la cuantía mínima de las pensiones y el coste del mantenimiento de las necesidades básicas de subsistencia. Este tema se complica especialmente, a sus ojos, cuando se alcanza una determinada edad, en la que, inevitablemente, se precisa asistencia externa en la vida diaria, ya sea en forma de apoyo domiciliario o de institucionalización en una residencia. Su argumento fundamental es que la mayoría de los pensionistas no pueden costearse esa necesidad, que pasa a ser básica, y que la oferta pública no llega a cubrir más que para un segmento muy pequeño de población. La situación de las viudas es especialmente censurable desde su punto de vista.
 - **El valor social.** La consideración social de los mayores es percibida como muy negativa, basada en la concepción de que son capas de población pasivas, con planteamientos obsoletos, que viven a costa de la sociedad sin aportar ya nada, y, por tanto, sin derecho a exigir más que una vaga consideración por lo que fueron, pero no por lo que son. Esta imagen, que consideran como dominante en nuestra sociedad, es vivida como especialmente dañina: justifica la tendencia a *aparcar* y silenciar al mayor que, en su opinión, subyace a muchos comportamientos de maltrato.
 - **La comunidad.** Es un elemento fundamental para la identidad de los mayores y, por tanto, para su estabilidad personal y su permanen-

cia como seres en sociedad. En su concepción, el retraimiento (la muerte) social va indisolublemente ligada a la muerte física, por eso se lo teme. Mientras que los sectores más acomodados parecen no depender de las delimitaciones geográficas para su definición de lo que es su comunidad de pertenencia (lo que les permite encarar esta cuestión con relativo optimismo), las personas de clase trabajadora, tanto en el entorno rural como en el urbano, viven con preocupación la desaparición de ese vínculo comunitario en su entorno inmediato. Esta sensación cunde tanto en ámbitos rurales donde se está produciendo una evolución demográfica negativa como en sectores urbanos donde se asiste al asentamiento de comunidades inmigrantes (con su propia cohesión interna) o de sectores más jóvenes de población sin ningún vínculo previo y con planteamientos muy individualistas.

- **La esfera afectiva: La familia y la pareja.** Los mayores resaltan que este es un elemento crucial del bienestar de las personas de edad avanzada, cuando las preocupaciones de la vida laboral, dentro o fuera del hogar, pierden peso frente a la esfera íntima, y los afectos se vuelven centrales en su realización personal. Por lo que se refiere a los hijos y nietos, resaltan su idea de que los modos de vida actuales han llevado a la ruptura del *contrato intergeneracional*. Observan en los jóvenes la progresiva difuminación del deber para con los mayores, en favor de una búsqueda, a sus ojos legítima, aunque un tanto desorbitada, de la autorrealización. Esto crea una situación de incertidumbre en la que las reglas del juego previas ya no sirven, sino que se van determinando conforme evoluciona, siendo todavía confusas para ambas partes y provocando, por tanto, tensión, mecanismos de resistencia y miedos tanto en los mayores como en los jóvenes. Esta situación resulta a sus ojos mucho más llevadera cuando existe el apoyo de una pareja, que supone, generalmente, un grado razonable de autonomía con respecto a los miembros más jóvenes de la familia. La desaparición o inexistencia de ese cónyuge/apoyo recrudce, casi inevitablemente en su descripción, las consecuencias de la situación a la que se enfrentan.
- **La función de cuidadores.** Para los mayores el *contrato intergeneracional* sigue totalmente en vigor por lo que respecta a sus propias responsabilidades: se sienten obligados a apoyar a sus hijos en todo

lo posible (aunque no tengan certeza sobre la reciprocidad de esa obligación) y a sus mayores, en muchos casos todavía presentes dado el progresivo aumento de la esperanza de vida. Este mismo fenómeno de alargamiento de la vida les hace encarar con frecuencia el cuidado de un cónyuge de edad bastante deteriorado. Esta faceta de cuidadores, francamente incorporada a su identidad, sobre todo en el caso de las mujeres, es, a la vez, fuente de satisfacción y realización personal y una carga desproporcionada para la que no se cuenta con recursos personales, físicos ni económicos que permitan afrontarla, especialmente en el caso de las clases trabajadoras, lo que conlleva dolor, frustración e impotencia.

- **La seguridad/tranquilidad.** Esta es una aspiración irrenunciable para los mayores, que consideran que han trabajado toda su vida para lograr ese estatus. Permanecer en su propio entorno físico y afectivo parece ser la clave de esta seguridad. Su intención es *resistir* en sus domicilios agotando todas las posibilidades. Sin embargo, todos los aspectos anteriormente analizados apuntan en la dirección contraria hacia el final de sus días (todavía lejano, en su caso). Gran parte de su discurso se ocupa de esta perspectiva de desvalimiento, que provoca una desazón notable en todos los tipos de hablantes. La causa fundamental de esa angustia es la percepción de que las medidas que socialmente se articulan no van en la dirección de fomentar esa permanencia o, cuando sea necesario, paliar al máximo la sensación de desarraigo, fomentando condiciones que respeten al máximo la autonomía de la persona. Perciben que la situación evoluciona sin planificación relevante, yendo las medidas por detrás del problema, con lo que perciben su futuro como incierto y desasosegante.
2. Los mayores parecen reservar el término “maltrato” para situaciones extremas de vulneración de los derechos de la persona, de forma tópica, aquellas que dan lugar a noticias de prensa. Consideran que tales situaciones pueden darse en el ámbito de una familia, cursando con golpes, suministro exagerado de sedantes o negligencia a la hora de alimentar a ese anciano, pero, en su opinión, esto sólo es concebible en un entorno francamente desestructurado.

Sin embargo, existe un conjunto de situaciones que tienden a pasar más desapercibidas para la opinión pública y que ellos valoran como inad-

misibles o constitutivas de “mal trato” a las personas de edad aunque empleen calificativos como vergüenza, abuso, desamparo o trato inaceptable.

3. Desde el punto de vista de los mayores hay dos cuestiones que explican la existencia de este “mal trato” a las personas de edad:
 - La objetualización/estigmatización del anciano en la representación social de los jóvenes, que lo caracteriza como sujeto pasivo, es decir, improductivo, y, por lo tanto, socialmente terminal, prefigurado como una carga a medio/corto plazo. Perciben que el punto de vista del mayor es considerado obsoleto casi por definición, y escasamente relevante para los jóvenes.
 - Contexto social global adverso para que los mecanismos tradicionales de gestión de la atención a las necesidades de una persona mayor dependiente (basados en la familia) funcionen, sin que se articulen dispositivos nuevos para afrontar esa situación, asumiendo la responsabilidad social. Esto hace depender las posibilidades de dignidad y bienestar del anciano de la capacidad económica y/o de sacrificio personal de los individuos (en particular las mujeres) de su entorno, convirtiendo en excepcional lo que debería ser la situación normal.
4. Las formas de “mal trato” identificadas por los mayores se dividen en dos grupos, uno las situaciones que se producen en la esfera íntima, y otro lo que podría denominarse “mal trato” institucional o en el ámbito público.

En la esfera privada distinguen los siguientes casos, que presentan cierta gradación dentro de la gravedad que le atribuyen a todas estas situaciones:

- **Explotación de la capacidad de trabajo del mayor en el ámbito del hogar**, hasta que por sus limitaciones físicas deja de ser útil a la unidad familiar y pasa a posición marginal.
- **Destitución familiar**, aplicándole tratamiento de silencio o franca hostilidad por las *molestias* que ocasiona su presencia.

- **Desarraigo**, ya sea en forma de rotación por los domicilios de los hijos (aunque se reconozca que a veces se ha optado personalmente por la misma solución respecto a los propios padres) o de ingreso forzoso en una institución, que desemboca inevitablemente en una amargura profunda y un rápido deterioro físico y mental.
- **Explotación económica de los afectos**, utilizando las necesidades afectivas del mayor para apropiarse de sus bienes, ya sea su pensión o sus propiedades, repudiándolo o descuidándolo una vez logrado el objetivo.
- **Abandono**, los familiares directos se desentienden de las condiciones de vida del anciano, bien por indiferencia o relaciones abiertamente conflictivas, o por residir en poblaciones distintas. El mayor se enfrenta no sólo a la soledad, sino a las tareas cotidianas que se vuelven situaciones de alto riesgo en las que es abandonado a su suerte.

Hay aún otro tipo de situación que catalogan como “mal trato” pero que, en este caso, se contempla como fuente de sufrimiento tanto para el que lo recibe como para el que, según los mayores, muchas veces involuntariamente, lo inflige: la falta de capacitación de los cuidadores informales. Alude a la situación en la que el cuidado de una persona mayor dependiente es inadecuado por una manipulación física incorrecta o por falta de habilidades relacionales y psicológicas del cuidador. Esta situación aparecería fundamentalmente en el caso de ancianos impedidos y/o demenciados. También expresan cierto temor a que se produzcan situaciones de abuso por parte de cuidadores remunerados que, en ocasiones, pueden explotar económicamente o descuidar al anciano a su cargo.

Por lo que se refiere al “mal trato” en el ámbito público o de las instituciones, hay tres cuestiones básicas:

- **El déficit de dispositivos sanitarios específicos accesibles.** La falta de especialistas geriatras en la atención primaria, especialmente sentida en los entornos urbanos y reiteradamente comparada con la función de los pediatras respecto a los niños.

- La existencia de algunos profesionales médicos que tienden a achacar a la edad cualquier padecimiento, tratando de transmitirles cierta **resignación** ante achaques que ellos consideran solucionables y que merman su calidad de vida.
 - **Las “instituciones totales”**. Consideran que las formas organizativas que perciben como más frecuentes en las residencias de mayores están más orientadas a la despersonalización de los internos y el mantenimiento de cierta rigidez normativa, que a procurar suavizar la sensación de desarraigo y enajenación que supone el tránsito desde la comunidad a este tipo de establecimientos. En el imaginario de los mayores, las residencias privadas parecen reunir la mayor parte de estas características negativas, convirtiéndose en el paradigma de institución alienante, frente a las garantías que atribuyen a las públicas.
5. Los mayores consideran que mientras el maltrato es inconcebible en un entorno convencional, el “mal trato” es una situación más habitual de lo que aparenta, pero cuyo carácter sutil e insidioso lo hace poco visible para quien no lo padece y difícil de comunicar para el que lo sufre.
 6. Las instancias identificadas por los mayores como competentes para detectar y remediar las situaciones de “mal trato” en la comunidad son principalmente los servicios sociales, que cuentan con la legítima autoridad para intervenir y con los recursos (aunque insuficientes, en opinión de los mayores) para hacerlo. A los servicios sanitarios se les atribuye un papel importante en cuanto a la función de detección, sin embargo, su intervención, tal como la conciben los mayores, se reduce a amonestar a los cuidadores y, en su caso, poner en conocimiento de los servicios sociales o de la autoridad judicial las situaciones de maltrato. La otra obligación atribuida a las instancias sanitarias es modificar la accesibilidad de la atención geriátrica para evitar el maltrato *institucional*. Asignan también a los miembros de cada comunidad la responsabilidad de romper el velo de la indiferencia y denunciar ante las “autoridades” (fundamentalmente los servicios sociales) los casos que se producen ante sus ojos. La responsabilidad de detección y remedio de las situaciones de “mal trato” en el seno de las residencias se atribuye a una entidad denominada “la inspección”, que parece aludir al con-

trol por parte de los poderes públicos de cualquier establecimiento de este tipo. También los familiares de los internos cargan con una parte de la responsabilidad de monitorizar y denunciar, si procede, las condiciones en el interior de las instituciones.

7. Por lo que se refiere a la prevención de las situaciones de “mal trato”, los mayores consideran que deberían, una vez más, ser los servicios sociales los que hicieran el seguimiento activo de todos los mayores para detectar condiciones de vulnerabilidad y ofrecer el apoyo necesario antes de que se deterioren sus condiciones y se vean obligados a abandonar su hogar o a sobrevivir en soledad.
8. La autoorganización y la búsqueda de peso social como grupo son vividas por los mayores, especialmente en entornos urbanos y periurbanos, como formas fundamentales de evitar las situaciones de “mal trato” en dos sentidos: por un lado modificando la imagen social de las personas mayores y por el otro ganando influencia en el diseño de las políticas públicas que les afectan.
9. Las alternativas/soluciones propuestas por los mayores para abordar el problema del maltrato a las personas de edad pasan por una adecuación de las pensiones mínimas a las necesidades básicas de sus perceptores y la extensión de los servicios sociales públicos a toda la población de mayores, en lugar de concentrarlos en los casos extremos, mejorando su calidad e intensidad de forma que se evite la desprotección y el deterioro de las capas con un poder adquisitivo medio. Consideran que este tipo de abordaje de la cuestión debería fomentar formas autogestionarias e imaginativas, que resultarían menos costosas en recursos sociales al evitar, en la mayoría de los casos, la institucionalización.
10. Abogan por un fomento de las residencias públicas frente a las privadas, como forma de garantizar la necesaria calidad de los servicios, y por una segmentación que permita que existan centros diferenciados para distintos grados de limitaciones funcionales o cognitivas, en lugar de la agregación actual. Cabe resaltar que en su discurso, esta demanda estaría destinada a cubrir aquellas situaciones en las que realmente sea imposible la permanencia en la comunidad, ni siquiera con las condiciones de apoyo domiciliario que proponen. Pero consideran que en esas circunstancias se trataría de una situación francamente minoritaria.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Berger, P., y Luckmann, T. (1991): *La construcción social de la realidad*. Ed Amorrortu.
- Canales, M., y Peinado, A. (1995): *Grupos de discusión* en J. M. Delgado y J. Gutiérrez, editores, *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Síntesis, S. A., Madrid.
- Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Comunidad de Madrid (1997): *Documentos técnicos de Salud Pública: Las representaciones sociales sobre salud de los mayores madrileños*.
- Delgado, J. M., y Gutiérrez, J., editores (1995): *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Síntesis, S. A., Madrid.
- Ibáñez, J. (1983): *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Jodelet, D. (1993): *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*, en Moscovici, *Psicología Social*. Ed. Paidós, Barcelona.
- Ros, M., y Gouveia, V., coordinadores (2000): *Psicología social de los valores humanos*. Ed. Biblioteca Nueva.
- Taylor, S. J., y Bogdam, R. (1992): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ed. Paidós, B. Aires.
- WHO/INPEA (2002): *Missing voices. Views of older persons on elder abuse*.

VII. ANEXOS

ANEXO I: COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

Grupo de discusión 1: Mujeres entorno rural puro

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 2: Hombres entorno rural puro

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 3: Mixto entorno urbano clase trabajadora

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Nivel socioeconómico	Trabajador								
	Acomodado								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 4: Mixto entorno urbano clase acomodada

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Nivel socioeconómico	Trabajador								
	Acomodado								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 5: Hombres entorno urbano *pequeño* clase trabajadora

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Nivel socioeconómico	Trabajador								
	Acomodado								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 6: Mujeres entorno urbano *pequeño* clase trabajadora

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Nivel socioeconómico	Trabajador								
	Acomodado								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 7: Hombres entorno urbano clase acomodada

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Nivel socioeconómico	Trabajador								
	Acomodado								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 8: Mujeres entorno urbano clase trabajadora

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Nivel socioeconómico	Trabajador								
	Acomodado								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 9: Mixto entorno periurbano

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

Grupo de discusión 10: Mixto entorno periurbano

Categorías		Perfiles de los participantes							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Género	M								
	H								
Pareja	Sí								
	No								
Convivencia con familiares más jóvenes	Sí								
	No								

PARTE II

VEJEZ, NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO.

**La perspectiva de
los profesionales**

I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

“... Está así montado. El valor que se tiene del anciano, hoy por hoy, es que es alguien que no tiene opinión, ni decisión y que todo el mundo decide por él...”.

R. G. Nº 4; ATS, fisioterapeutas; Santander

“... Los mayores son terreno abonado para el abuso a todos los niveles”.

R. G. Nº 1; médicos; Barcelona

“... Yo pienso que la primera negligencia que existe es la negligencia política, no tener los recursos asistenciales suficientes para las personas de edad...”.

R. G. Nº 6; psicólogos, terapeutas ocupacionales; Alicante

Antes de iniciar el análisis de los resultados de la investigación, es imprescindible manifestar el agradecimiento por la colaboración de todos los profesionales que han participado en los grupos de discusión, ya que gracias a su esfuerzo para la reflexión, la puesta en común de sus opiniones y los relatos de sus experiencias, en bastantes casos de largos años, esta investigación ha sido posible. Es difícil reflexionar y desarrollar una autocrítica constructiva en torno a la práctica profesional cotidiana, fundamentalmente en las especialidades profesionales más elementales, y es más que justo reconocer que el esfuerzo se ha hecho y con resultados muy satisfactorios.

En las páginas siguientes se desarrolla el análisis pormenorizado del contenido que se planteó como objetivos de la investigación. Cabe comentar que no

todo el planteamiento inicial responde a la realidad de lo que es posible analizar; la negligencia el abuso y el maltrato son temas especialmente delicados y opacos. Las tres reflexiones que abren esta introducción son ejemplos de las reflexiones llevadas a cabo, constatan algunas situaciones, y ponen de manifiesto la realidad que se afronta.

El objetivo central planteado, es **establecer las categorías fundamentales del maltrato en el ámbito institucional y comunitario, desde la percepción de los profesionales que trabajan con los mayores en estos ámbitos, y los contextos específicos en los que se producen más frecuentemente, para establecer las bases de las acciones encaminadas a la concienciación y formación.** Los objetivos específicos se concretan en los siguientes:

- Desvelar en qué consiste el abuso y maltrato a las personas mayores: conceptualización de los términos.
- Descripción de las circunstancias en las que más frecuentemente se producen situaciones de abuso y maltrato.
- Ahondar en las causas que derivan en situaciones de abuso y maltrato: influencias socioculturales, de formación, etc.
- Delimitar los factores de riesgo en el maltrato y abuso.
- Definir los grupos de riesgo de personas mayores más proclives a recibir maltrato y abuso.
- Establecer la tipología de profesionales más proclives a ejercer el maltrato y el abuso a estos grupos de mayores, en cada una de las categorías profesionales y en el conjunto de ellas.
- Correlacionar grupo de riesgo → tipología profesional → categoría de maltrato, abuso.
- Buscar soluciones y delimitar estrategias para la prevención del abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito comunitario e institucional, por parte de los profesionales.

II. METODOLOGÍA

Se ha aplicado la técnica cualitativa del grupo de discusión. Para la composición de los grupos se han tenido en cuenta los siguientes criterios:

- **Universo:** Los profesionales que trabajan/atienden a personas mayores desde el ámbito comunitario e institucional, tanto en lo sanitario, como en lo sociosanitario, y desde las instancias públicas y privadas.
 - Médicos: especialistas –geriatras– y de atención primaria.
 - Personal de enfermería.
 - Fisioterapeutas.
 - Auxiliares de clínica y cuidadores.
 - Personal de atención/ayuda domiciliaria.
 - Trabajadores sociales.
 - Psicólogos.
 - Terapeutas ocupacionales.
 - Directores de residencias y centros de día de mayores.
- **Tipología profesional en cuanto al lugar e instancia profesional:**
 - Atención primaria.
 - Hospitales.
 - Residencias.

- Centros de día.
- Atención domiciliaria.
- Servicios sociales, administración local.

Todo ello desde instancias públicas y privadas.

- **Género:** Hombres y mujeres.
- **Ámbito territorial:** Todo el Estado; seleccionando aquellas zonas y/o comunidades que pudieran ser un modelo significativo para el resto del Estado.
- **Hábitat:**
 - Gran ciudad.
 - Corona metropolitana.
 - Ciudad media.
 - Cabecera de comarca con influencia en zonas rurales.
 - Núcleo semiurbano cercano a ciudad media-grande.

Se han desarrollado un total de siete grupos de discusión cuya configuración ha sido la siguiente:

R. G. Nº 1

- Profesionales médicos:
 - Un médico de atención primaria: en zonas de alta densidad de población mayor.
 - Un médico de atención primaria en zona de alta concentración de residencias de población mayor.
 - Un médico geriatra de residencia pública de personas mayores.
 - Un médico geriatra que trabaja en varias residencias pequeñas de personas mayores.

- Cuatro médicos de hospital público y privado (dos público, dos privado) grande, de las siguientes especialidades: traumatología, urgencias, medicina interna y geriatría.
- Género: hombres y mujeres.
- Área territorial: Cataluña.
- Hábitat: gran ciudad, Barcelona.
- Fecha: 13 de noviembre de 2003.

R. G. Nº 2

- Profesionales: auxiliares de clínica/cuidadores:
 - Dos auxiliares de clínica de hospital público; uno del área de traumatología o medicina interna; uno del área de geriatría.
 - Tres cuidadores de residencias de personas mayores, grandes, públicas, y la tipología de los residentes “asistidos”.
 - Tres cuidadores de residencias de personas mayores privadas, tipología de residentes “asistidos”.
- Género: hombres y mujeres.
- Área territorial: Andalucía.
- Hábitat: ciudad media: Córdoba.
- Fecha: 5 de noviembre de 2003.

R. G. Nº 3

- Todo tipo de profesionales; grupo mixto.
- Atención primaria, hospital comarcal, residencia, centro de día y asistencia domiciliaria, etc.
- Género: hombres y mujeres.
- Ámbito público.
- Área territorial: Castilla y León.

- Hábitat rural: Béjar.
- Fecha: 11 de noviembre de 2003.

R. G. Nº 4

- Profesionales de enfermería y fisioterapeutas, ámbito de atención primaria (cercano a zonas de mayor concentración de población mayor), hospitalario (áreas de medicina interna, traumatología, geriatría) y residencia de personas mayores.
- Ámbito público y privado.
- Género: hombres y mujeres.
- Área territorial: Cantabria.
- Hábitat: urbano mediano-pequeño: Santander-Torrelavega.
- Fecha: 25 de noviembre de 2003.

R. G. Nº 5

- Profesionales de la atención domiciliaria: profesionales que pertenecen a empresas proveedoras de ayuda a domicilio, representante de cooperativas de profesionales, y profesionales contratados directamente por los servicios sociales municipales.
- Género: hombres y mujeres.
- Área territorial: C.A. Madrid.
- Hábitat: corona metropolitana sur, estatus medio, medio-bajo.
- Fecha: 18 de noviembre de 2003.

R. G. Nº 6

- Profesionales: trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales.
- Con la mayor diversificación posible respecto al lugar de trabajo: trabajadores sociales de ayuntamientos (centros de servicios sociales), residen-

cias de personas mayores, centros de día, psicólogos de residencias de personas mayores y centros de día.

- Género: hombre y mujeres.
- Ámbito público y privado.
- Área territorial: Comunidad de Valencia.
- Hábitat: ciudad media, Alicante.
- Fecha: 20 de noviembre 2003.

R. G. Nº 7

- Directores de residencias de personas mayores.
- Titularidad pública y privada.
- Las de titularidad privada: laicas (gran negocio y pequeño negocio); religiosas / ONG.
- Lugar: Madrid.
- Fecha: 11 de diciembre 2003.

Es importante tener presente que la investigación cualitativa que aplica la técnica del grupo de discusión, tiene como objetivo desvelar cómo el/los grupos sociales perciben y construyen los fenómenos sociales que les afectan, es decir, lo que piensan, cómo lo piensan y por qué piensan sobre un aspecto de la realidad social. Esta percepción no necesariamente se adecua a los conceptos y criterios consolidados por la comunidad científica en torno a un fenómeno. Su utilidad, en todo caso, estriba en que facilita el camino para trabajar sobre los grupos sociales, en la medida en que se conoce la estructura perceptiva de aquellos que son destinatarios de una actuación social.

Todos los grupos han sido grabados en cinta magnetofónica y transcritos.

La contactación y organización de los grupos la ha realizado la empresa DEMOMÉTRICA, y el trabajo de campo se ha desarrollado durante los meses de noviembre y diciembre de 2003.

La contactación de los participantes para los grupos de discusión se ha llevado a cabo íntegramente por vía telefónica, y han sido seleccionados de manera totalmente aleatoria dentro del universo objeto de la contactación.

En una primera fase, previa a la contactación, se procedió a realizar una extensa revisión de todos los posibles centros de trabajo de los lugares propuestos para cada grupo, con el fin de localizar a las personas idóneas para participar. En este punto una captadora especializada en la realización de grupos de discusión y entrevistas en profundidad se puso en contacto con el centro de trabajo y, en particular, con todos los posibles candidatos a participar, hasta conseguir la cita con ocho personas para la fecha de realización del grupo.

Los únicos problemas destacables han sido la participación de hombres en los niveles de auxiliares de clínica, y asistencia a domiciliaria, por la escasa presencia de los mismos en estas categorías profesionales, y la imposibilidad de conseguir que los directores de residencias privadas asistieran al grupo N° 7. La contactación de este grupo se ha desarrollado de manera distinta a la de los restantes grupos, indicada anteriormente. De manera que se ha partido de un listado de directores y contactos ofrecido por la SEGG; el funcionamiento del listado ha sido irregular en cuanto a la actualización de los datos, no obstante el problema principal ha sido la escasa voluntad de los directores de centros privados contactados para asistir al grupo.

III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. TIPOLOGÍA DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON LOS MAYORES

Para entender muchas de las reflexiones que los profesionales desarrollan a lo largo de los debates en torno a los conceptos objeto de esta investigación –negligencia, abuso, maltrato–, es necesario conocer más a fondo quiénes son, cómo han llegado al ejercicio de la profesión, qué les hace estar en contacto cotidiano con los mayores, cuál es su nivel de formación, de especialización, sus expectativas profesionales, etc. Se trata de acercarnos a unos grupos profesionales muy heterogéneos, en los que el trabajo cotidiano con las personas mayores es el único punto de coincidencia.

1.1. ESPECIALIZACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL

La formación hay que analizarla estableciendo dos bloques diferenciados de profesionales:

- Quienes para el desarrollo de su trabajo requieren una titulación académica: médicos, ATS, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales.
- Quienes no necesitan acreditar una titulación académica, para el desarrollo de su trabajo: auxiliares de clínica, de atención domiciliaria, cuidadores.

El primer grupo de profesionales requiere una titulación académica, nivel de licenciatura o diplomatura, que le acredita para atender a los mayores, pero no específicamente sino como un grupo de población más, lo que significa **que no es habitual encontrar entre estos profesionales una especialización** para dedicarse a los mayores específicamente; y no se encuentra ni en aquellos que se ocupan de la atención sanitaria –médicos, ATS, fisioterapeutas–, ni entre los que se ocupan de la atención social –psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales–. **Y no tienen una formación específica en la atención a mayores, porque el sistema sociosanitario no lo considera un requisito indispensable** para esta tarea, y por tanto no lo exige. El agravio comparativo surge de manera inmediata ya que para otros grupos de población, por ejemplo los niños, el sistema de atención sociosanitaria exige una especialización a los profesionales que les atienden. **La especialización médica en mayores, la geriatría, es absolutamente minoritaria para el porcentaje de población de personas mayores, considerando como agravante el que son el grupo poblacional que más precisa de atención médico-sanitaria.** Este hecho contrasta con el papel que el mayor asigna al médico en su vida, como un punto de referencia vital no sólo para su salud sino para otros muchos aspectos, en los que, conscientes de su fragilidad, buscan en el médico su asesoría, opinión o ayuda.

En el caso de los ATS la situación es muy similar, ya que no existe una especialidad académica en geriatría, y es muy frecuente que la formación hospitalaria de estos profesionales se desarrolle mediante el sistema de “rotación” por los distintos servicios del hospital; al ser la geriatría un servicio casi inexistente en el ámbito hospitalario, su formación se adecua a los servicios más habituales. Su dedicación a las personas mayores es prácticamente circunstancial, a pesar de que hay servicios en los que esta población representa más del 65% de los pacientes, como, por ejemplo, medicina interna o traumatología.

“... soy de medicina general, trabajo en el centro de asistencia primaria por las mañanas, y por las tardes llevo, más o menos 15 años que trabajo en residencias geriátricas privadas... Y hago pues de medicina general o medicina geriátrica, el título no lo tengo, el de geriatría...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 6 y 7

“... soy especialista en medicina interna pero trabajo también en un centro de asistencia primaria, es casi lo mismo que comenta ella, con un porcentaje de pacientes, un 80% de mayores de 65 años, la misma

problemática social. Y bueno son personas mayores, es también una zona de El Ensanche, o sea tienes que hacer no sólo de médico sino, muchas veces hasta no sé.

... De todo.

... Desde hijo.

... A mí me han llegado a preguntar cosas financieras.

... A quién tienes que votar..."

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 8 y 9

"... la Residencia San José, asilo hospital de Torrelavega, se llama de muchas maneras. Llevo allí dos años trabajando ... las personas asistidas pues las atendemos arriba en las plantas, y luego tenemos una consulta, digamos así como de atención primaria, en la que hacemos programas de hipertensos, de diabéticos. Y cursos no he hecho ninguno..."

...

... soy enfermero y llevo en esta residencia sobre ocho años o así. Y he hecho, pues, cursos, hombre de especialización en geriatría, o sea lo que es un curso largo no he hecho nada. Cursos de tratamiento de las úlceras, de dietética, cursos puntuales, tocando la geriatría, pero no monográficos y grandes, sino más bien puntuales..."

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 3 y 7

Entre los trabajadores sociales, bien sean comunitarios o municipales, tampoco se encuentran profesionales especialistas en la atención a las personas mayores; sin embargo, ocurre que cada vez existen más trabajadores sociales especialistas en mujeres, niños, inmigrantes, desempleados; de hecho, algunas de estas especialidades dan título a las consejerías, concejalías u otros organismos de las distintas Administraciones públicas, como muestra del interés que los distintos niveles de los poderes públicos tienen por estos grupos de población, en contraposición a lo que ocurre con los mayores.

En cuanto a otro tipo de profesionales de este grupo, como los psicólogos, o los terapeutas ocupacionales, las situaciones son muy similares a lo descrito para las anteriores. Es habitual, por ejemplo entre los psicólogos, que se encuentren desarrollando su labor profesional en la atención de familias o parejas de personas mayores con enfermedades mentales, pero no atienden al mayor que, sin tener un

Alzheimer o un inicio de demencia senil, está psíquicamente mal –triste, deprimido, etc.–. No es que la familia de la persona mayor con una discapacidad psíquica no necesite atención psicológica para entender, admitir y saber vivir ella, sino que también las personas mayores, como cualquier otro grupo de población, pueden estar necesitados de apoyo psicológico en ciertos momentos de su vida; sin embargo, no parece que el papel de psicólogo sea éste, sino que, más bien, es habitual encontrarlo desarrollando funciones colaterales a su profesión, como por ejemplo de animador sociocultural de centros de día y de residencias.

“... Pues yo soy psicóloga y trabajo en una residencia de tercera edad como psicóloga, y en la Asociación de Enfermos de Alzheimer ... cómo he llegado a trabajar en la tercera edad. Pues de casualidad, porque por lo menos en mi profesión no hay especialidad, la asignatura de gerontología es obligatoria pero no hay especialidad...”

R. G. Nº 6; Alicante; psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales; pág. 1

En el segundo grupo de profesionales, aquellos que no requieren una titulación académica reglada para el ejercicio profesional, encontramos, contradictoriamente, algo de especialización en gerontología cuando se trata de atención no sanitaria. Lo cierto es que para poder ser auxiliar de geriatría, o de atención domiciliaria, hay que pasar algún curso de los ofrecidos por el INEM directamente, o bien a través de entidades colaboradoras concertadas (ayuntamientos, empresas, sindicatos, etc.). Ahora bien, los propios discursos de los profesionales sobre la duración y contenidos de estos cursos, generan ciertas dudas sobre la calidad de los mismos. Así mismo, la presión del mercado de trabajo para contar con técnicos de atención domiciliaria, ocasiona que las empresas que conciertan este servicio con los entes locales cuenten cada vez más con personas con escasa o casi nula formación. Por ello podríamos estar ante una situación de un cierto descontrol profesional, que a medio plazo podría tener consecuencias muy negativas para el cuidado de las personas mayores en sus domicilios.

“... Yo entré por casualidad, porque me quedé en el paro...”

...

... Yo no tenía nada que ver con esto, yo iba por Bellas Artes, con el diseño de moda. O sea no tiene nada que ver con esto. Aparte me daban asco los ancianos. ... Y, bueno, entré porque sí me gusta el tema

de voluntariado, había estado con niños, había estado con sida a nivel de voluntariado...”

...

... Otra cosa muy importante, muy importante: formación. No hay formación, no da abasto, o sea no da tiempo de formar a gente, porque hay demasiada demanda...

... No hay formación, no hay formación, por qué, porque se necesita muchísima gente, llegan períodos vacacionales, hay mucho absentismo en ayuda a domicilio, hay muchos accidente de trabajo, entonces no da tiempo...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; págs. 5, 6 y 39

La situación de los auxiliares de clínica se asemeja a la de los ATS en el ámbito hospitalario, ya que su formación es genérica y dirigida a la atención de los pacientes hospitalizados, sean mayores o no, y padezcan cualquier tipo de dolencia, por tanto, es muy raro encontrar quien haya hecho algún tipo de especialización en geriatría; sólo quienes desarrollan su trabajo en residencias de personas mayores, y lo largo de su trayectoria profesional, realizan algún tipo de curso de especialización geriátrica.

“... Yo tengo auxiliar de clínica nada más, porque nosotros los cursos que hacemos allí nos movemos en otro ambiente, no van enfocados a la geriatría, son distintos. Cursos sí hacemos allí constantemente pero van enfocados en otro sentido, no a la geriatría.

... Yo trabajo en la Residencia del Parque Figuroa, y bueno pues tengo bachiller, el COU, tengo un curso de auxiliar de geriatría del INEM, y llevo tres años trabajando con abuelillos como digo yo...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica, cuidadores; pág. 2

1.2. MOTIVACIÓN PROFESIONAL

Si tuviéramos que hablar de la motivación profesional de la globalidad de los profesionales y expresar una conclusión genérica aplicable al conjunto de

ellos, con escaso riesgo de errar, ésta sería que **muy frecuentemente al trabajo con personas mayores se llega sin motivación profesional**. ¿Por qué, entonces, se trabaja con ellas? Las respuestas no son homogéneas, podríamos establecer tres grupos de caminos a través de los cuales se accede a una dedicación profesional al mundo de los mayores:

- Quienes se ven abocados, por la propia organización del sistema, al trabajo profesional con personas mayores, sin que constituyan su especialidad profesional, y a pesar de dedicarles una gran parte de su tiempo de trabajo. Esto ocurre con la mayoría de los profesionales de la sanidad, médicos, ATS, fisioterapeutas, auxiliares de clínica, ya que atienden pacientes mayores en una proporción muy alta. Recordemos que el número de especialistas en geriatría es ridículo comparado con cualquiera otra especialidad médico-hospitalaria. **Así mismo, es muy esclarecedor el hecho de que el 68% de los hospitales españoles carezcan de servicio de atención geriátrica.** Esto no significa que haya médicos, por ejemplo, que con el tiempo realicen cursos de especialización en geriatría, posiblemente movidos, bien por el afán de conocer mejor y tratar mejor a los pacientes mayores, bien por las posibilidades laborales que les ofrece el sector privado en la atención médica en residencias privadas de personas mayores. El caso de los trabajadores sociales es similar al de los profesionales de la sanidad, ya que se ocupan de los mayores como un grupo profesional más, y cada vez proporcionalmente más numeroso, pero no manifiestan un especial interés o motivación para hacerlo.

“... Yo soy médico de atención primaria, hace 24 años, y de familia y como trabajo en el medio rural, pues fundamentalmente lo que vemos es ancianos, gente joven tenemos muy poquitos, y es la población anciana la que requiere la mayoría de nuestra dedicación. Además el consultorio en el pueblo donde estoy, está ubicado en una residencia, es un centro polivalente de esos...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 4

“... Una conclusión es esa: que las enfermeras que están trabajando con ancianos no estamos formadas para trabajar con ancianos, y yo creo que ya con eso hemos dicho bastante...”

... Y esto a lo mejor no tiene nada que ver, pero es que lo mismo que la sociedad, vamos a ver nosotras tenemos que aceptar a los viejos, así de claro, lo mismo que la sociedad, y la verdad es que los viejos están mal aceptados, porque a nadie le gustan los viejos, así de claro, no sé si esto viene a cuento, es verdad todos preferimos un bebé de siete meses que un abuelete de 97 años. Eso es verdad, es así..."

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 59 y 60

- Quienes acceden a este mundo profesional simplemente porque es una oportunidad laboral que se les brinda, habitualmente "por casualidad", desde el paro. Los ejemplos de este tipo abundan entre auxiliares de geriatría/cuidadores, entre psicólogos, terapeutas ocupacionales, y serían generalizables a la gran mayoría de los auxiliares de atención a domicilio. **El que la llegada al cuidado de mayores no esté impulsado por una motivación profesional, no significa que algunos de estos profesionales no alcancen un nivel aceptable de gratificación personal en el trato cotidiano con las personas mayores.** No obstante, no se trata tanto de que cada persona llegue a adaptarse, e incluso a gustarle, su profesión, sino de hacer una reflexión institucional, profesional y social de las razones por las cuales el trabajo con la población mayor no resulta social ni profesionalmente atractivo.

"... No, yo eché los papeles con la cosa de dónde los había echado ¿no? Pero que tampoco era cosa de estar en la residencia de ancianos. Me llamaron, probé y hasta hoy..."

...

... A mí también me gusta el trabajo, que yo siempre me he dedicado a la odontología porque, vamos desde que me saqué el título de auxiliar de clínica siempre he estado trabajando en odontología, pero me pasa como a XXX, que eché los papeles, hace ya muchísimos años, y me llamaron y bueno pues siempre pruebas, y la verdad es muy bien, a mí me ha encantado..."

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica, cuidadores; pág. 5

- Aquellas personas que entran a formar parte activa de alguna de las órdenes religiosas, dedicadas a la atención de las personas mayores más frágiles en términos económicos, y acceden a este ámbito profesional por razones de "vocación religiosa", y, por tanto, por voluntad y

decisión propia. Aunque no son equiparables a estas personas, en el sentido estrictamente religioso de entender el trabajo con personas mayores, es también cierto que quienes se profesionalizan desde el voluntariado, acceden a este tipo de trabajo desde una óptica de “compromiso social” adquirido libremente, aunque el resultado pueda llegar a ser el desarrollo de una carrera profesional remunerada.

“... Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Yo llevo así como veinte años, y siempre he estado con las personas mayores...”

ES DECIR PRESUMIMOS QUE CUANDO ENTRÓ EN ESTA ORDEN SABÍA QUE SE IBA A DEDICAR A ESTO.

... Sí...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 7

“... Y bueno, pues especialización no, ninguna, pero sí que vas haciendo cursos relacionados con la tercera edad, pues de esos así que salen, a distancia, por interés ¿no? La tercera edad es un sector que me gustaba, al igual que el de menores, y yo empecé a ir como voluntaria pero luego yo estaba trabajando en otro sitio y luego surgió la oportunidad de trabajar allí como trabajadora social...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 5

1.3. EL TRABAJO PROFESIONAL

No sólo es necesario conocer cómo llegan los profesionales al ejercicio profesional, desde dónde, por qué y con qué nivel de formación y especialización lo hacen, sino lo que es también un factor importante, y en ciertas profesiones casi determinante, cómo va a ser su relación con las personas mayores y la tipología del trabajo que desarrollan. De nuevo nos encontramos ante un colectivo absolutamente heterogéneo y dispar, por lo que tratar de establecer elementos comunes no es sencillo. No obstante, tal y como se ha hecho para los dos apartados anteriores, **es posible llegar a algunas características que determinan la tipología del conjunto de los trabajos:**

- **El menor prestigio social.** No es aplicable de manera absoluta a todos los trabajos que se desarrollan con personas mayores, pero, en cierta

manera, es un sentir que se deja latente en los discursos de los grupos: la menor consideración profesional de la geriatría y la gerontología. Desde los médicos hasta los auxiliares de atención domiciliaria, cada uno desde la perspectiva de su estamento profesional, dejan traslucir que la dedicación/especialización en personas mayores no genera la mejor consideración profesional. No obstante es cierto que en las profesiones situadas en los niveles más bajos de la escala profesional de la atención a las personas mayores, los auxiliares de atención a domicilio, los auxiliares de geriatría y cuidadores, esta percepción se acentúa y se pone explícitamente de manifiesto. Las expresiones de que son consideradas (en femenino porque además son profesiones en las que las mujeres son mayoritarias), las “chachas” de los mayores son habituales. Es la percepción que tienen de su propia profesión, en cualquier escala profesional, porque, tal y como veíamos en una cita textual anterior, a nadie le gusta ocuparse de las personas mayores, y, sin expresarlo con palabras, queda implícito que se ocupan quienes no pueden hacer otra cosa. No es necesario insistir que también hay profesionales que lo hacen por “vocación” religiosa, o por decisión personal, pero actualmente son una minoría. Es probable que el poco interés que suscita la población mayor, desde el estricto punto de vista profesional, tenga una estrecha relación con el grado de respeto y consideración social que actualmente esta población tiene en el conjunto de la sociedad, ¿es un colectivo poco rentable, escasamente interesante/importante en términos socioeconómicos?, ¿eso es lo que el conjunto de la sociedad está transmitiendo? Es difícil, desde este análisis, establecer las causas profundas que subyacen al desinterés profesional de tal variedad de profesionales, pero no son sino un reflejo de aquello que el conjunto de la sociedad transmite.

“... Mientras nosotras sabemos mejor cómo es el usuario, bastante mejor que la coordinadora. Bastante mejor.

PORQUE ESTÁIS EN EL DÍA A DÍA.

... Claro.

... En el día a día. Y como, vamos es que lo he visto, igual que veo gente que tiene una hora y estás pidiendo y reclamando dos horas porque, mira, a lo mejor no tienes más que sentarte con ella, está claro que la ayuda a domicilio es también eso, ¿eh?, sentarte, charlar, estar escuchando sus historias, porque lo necesita, porque se siente sola, y

no se le da porque ahora la ayuda a domicilio, de unos años aquí, se convertido en chacheo y no nos gusta; es vergonzoso en lo que se ha convertido la ayuda a domicilio.

... Un negocio.

... Es, las empresas normalmente, aunque no vayamos a nombrar empresas porque nos han dicho que no las nombremos, yo estoy hablando en general, no en particular, son números, ¿no? A mí esto me da tantas pesetas al año y esto es...

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de ayuda a domicilio; págs. 27 y 28

- **Salarios bajos:** En las escalas profesionales más bajas, los trabajadores consideran que sus salarios son bajos en relación al trabajo que desarrollan, trabajo que debería ser considerado como un bien social, pues se trabajan en actividades y ayuda a una población de la que ni familia ni allegados puede o quiere ocuparse.
- **La escasa especificidad de los contenidos** en los niveles profesionales más bajos. Podríamos llamar a esta situación “intercambiabilidad” de los profesionales: auxiliares que ejercen tanto de enfermeras como de limpiadoras, psicólogos que trabajan como animadores socioculturales, son dos típicas situaciones, entre otras, que se producen con cierta frecuencia; la insuficiente definición de los contenidos, por ejemplo, de lo que debe hacer un auxiliar de ayuda a domicilio, es la causa de que haga de todo y en último término se infravalore lo que se hace. Las mayores indefiniciones se producen en las entidades privadas de asistencia social, principalmente en residencias y centros de día. En la asistencia sanitaria las reglas de juego están más estrictamente señaladas y cada profesional tiene claramente definidos los contenidos de su trabajo; **también en los centros de día y residencias públicas se debería tratar de establecer con mayor concreción y claridad los contenidos y límites de cada profesional.**

“.. Organizar grupos es complicado porque no cuentas con un auxiliar de apoyo, yo no tengo un auxiliar que yo le diga: venga todos los días, de 11 a 12, porque con una hora habría suficiente para esos grupos porque se cansan enseguida. Porque no sé en vuestras residencias pero en la mía no hay distinción entre auxiliar y limpiadora, a nivel económica de sueldo sí, pero a nivel de... En el convenio están auxiliares de clínica o de enfermería y limpiadora, que es una categoría por deba-

jo, ¿no?, una es D o la C y el otro es C, entonces hay una diferencia en el sueldo pero en el nivel de funciones no hay diferencia, con lo cual la limpiadora se supone, es que el convenio es un poco antiguo, que debería limpiar las instalaciones, ¿no? Y la auxiliar dedicarse al residente, pero a la hora de la verdad las funciones se mezclan...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 29 y 30

- **La falta de control institucional.** La dejadez institucional en la inspección y control del cumplimiento de las normas y requisitos, que deben exigirse a los centros de personas mayores, tanto los de día como las residencias, en cuanto a cantidad y calidad profesional (titulación, formación, etc.). Así mismo, en la ayuda a domicilio no se controla a las empresas que tienen subcontratado este servicio a través de las instituciones locales, y en el que se producen casos de abuso en ambos sentidos: hacia los trabajadores, y hacia los usuarios

“... Sí, pero qué pasa con esas residencias, son todas privadas, entonces él tiene un médico geriatra, tiene un ATS cualificado, tiene un auxiliar, tiene un fisioterapeuta, pero lo tiene en un sitio y las demás residencias están valiéndose de ese médico...”

...

... Yo te digo que exigen un personal cualificado.

... Sí, pero vamos lo exigen, pero ¿están allí?

... Por supuesto que sí. Por supuesto que sí. Otra cosa muy diferente es que el director de la residencia haga de su capa un sayo...

...

... No sólo en las pequeñas, hay muchas grandes donde sí que hay algo de personal cualificado pero la gran mayoría no lo está. Entonces figuran como que hay algún auxiliar, por ejemplo, de clínica pero de hecho les atiende también gente que entra para la limpieza. O incluso auxiliares de clínica, que están también limpiando, mientras que ese tiempo le están desperdiciando para atender al residente... y eso pasa en pequeñas y grandes...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; págs. 14, 15 y 16.

2. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DESDE LOS PROFESIONALES

Además de conocer cómo son quienes trabajan con personas mayores, el entender qué disfunciones se producen en su relación cotidiana con ellas requiere también una profundización en la percepción que tienen del conjunto de la población mayor a la que dedican su esfuerzo profesional. El trabajo con esta población, en la asistencia sociosanitaria, tiene el elemento añadido de **la fragilidad**, ya que se trata de un grupo social cuya vida está en permanente equilibrio/desequilibrio, entre las capacidades y las necesidades, para seguir adelante, en uno o varios aspectos; no es pues un grupo social más, sino uno de los grupos sociales más necesitados de atención social y sanitaria, principalmente cuando se trata de personas solas, dependientes, discapacitadas o con enfermedades irreversibles, o con escasos recursos económicos. El análisis de cómo perciben este conjunto de elementos que conforman el mundo del mayor, nos va a ayudar a desvelar los elementos que inciden en el trato que los profesionales les dan en su relación laboral cotidiana.

“... Fragilidad social. El anciano frágil puede ser un anciano que tiene una patología compensada pero vive solo o tiene carencias sociales, también es un anciano frágil.

... O sea hay una definición muy poco clínica, pero que a mí me gusta mucho, que dice que las personas, los ancianos frágiles son aquellos que están en permanente equilibrio entre sus capacidades y las necesidades que tienen para tirar adelante ... entonces esta situación de equilibrio precario, en el anciano frágil pues cualquier situación nueva puede hacerla decantar...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 10 y 11

Este párrafo sintetiza qué tipo de grupo social son las personas mayores, a partir de un cierto momento de su trayectoria vital.

2.1. COMO GRUPO SOCIAL CON DERECHOS

El que las personas mayores son sujetos de derechos no se pone en duda; quienes trabajan con ellos saben, y son plenamente conscientes, de que su tra-

bajo significa poner en práctica la atención social que requieren, para la protección de sus derechos. Son, por tanto, **los ejecutores materiales, los que cotidianamente ejecutan y ponen en práctica los derechos de los mayores**. Más adelante se analizará el respeto o no a los derechos de las personas mayores, desde el punto de vista de la atención de los profesionales en su papel de protagonistas de este respeto; en este apartado se analiza la visión general que los profesionales tienen sobre el cómo se respeta a las personas mayores desde las Administraciones públicas y los medios que se ponen a disposición del cumplimiento de estos derechos.

En primer lugar hay que decir que, en general, se manifiesta que el marco legal que se pone al servicio del cumplimiento, no siempre satisface las expectativas y está al servicio de lo que se pretende respetar; es decir, que no siempre existe un marco legal que desarrolla esta protección adecuadamente, y en todas las circunstancias en que puede encontrarse una persona mayor; según algún médico que forma parte de un PADES en Cataluña, existe un vacío legal en la protección y defensa del patrimonio de la persona mayor cuando tiene una demencia; la vulnerabilidad es muy grande y no existen mecanismos legales rápidos y eficaces que protejan la indefensión: por ejemplo ante situaciones de expolio económico por parte de familiares, o de empresas inmobiliarias que compran edificios antiguos para especulación inmobiliaria.

El reconocimiento formal de los derechos de los mayores, no significa, por lo tanto, que se entienda que estos derechos se protegen debidamente. Algunos ejemplos descritos en los grupos, además del anteriormente citado sobre la protección de los derechos económicos, ponen de manifiesto que existe un largo camino a recorrer hasta que la protección del mayor sea suficiente y de calidad, en cuanto receptora de derechos de asistencia sociosanitaria:

- **El derecho a tener una plaza en una institución donde ser atendido dignamente.** Hay un déficit de plazas en las instituciones sociosanitarias que ofrezcan la posibilidad de tener una asistencia digna. Las plazas en instituciones privadas tienen un alto coste para la mayoría de las personas mayores, y hay una cierta dejación de las Administraciones públicas de la función de inspección y control de la calidad del servicio que ofrecen las residencias y centros privados, no sobre el papel sino en la realidad del día a día.

- **El derecho a una atención especializada y de calidad.** Existe una escasa formación/especialización e insuficiente de profesionales que llevan a la práctica la asistencia sociosanitaria.
- **El derecho a recibir un atención sociosanitaria integral y coordinada.** Un intento y ejemplo de buena atención sociosanitaria serían los PADES en Cataluña.
- **La escasez de centros sanitarios/hospitales para media y larga estancia de personas mayores, centros de “respiro” para permitir el descanso de los cuidadores familiares, y centros de día.**

“... Solo quería apuntar que cuando una persona empieza a entrar en la frontera de la dependencia, por decirlo de alguna manera, antes le han pasado cosas... El caso es que cuando esas situaciones se establecen, uno de los problemas con los que te encuentras es lo que supone para las familias y para los pacientes ancianos, la fragmentación de los cuidados. Es decir, hay recursos pero muchas veces estamos poco coordinados, hablamos lenguajes diferentes, una Administración con otra no hablamos el mismo lenguaje, no hablamos lo mismo en sanidad que en bienestar social. Es decir, yo creo que hay que dar un paso adelante. Es decir si estamos hablando de personas, estamos hablando de personas no de enfermedades, de personas que viven situaciones de enfermedad que les condicionan situaciones muy complejas...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 24 y 25

“... Que todo el mundo intentamos hacer las cosas muy bien y es así, pero tenemos muchas deficiencias, por el sistema, por nuestra formación, por todo ... y en cambio los recursos económicos en nuestra comunidad por ejemplo, el dinero que se utiliza para sanidad a nivel de geriatría, pues bueno todo el mundo lo sabemos, yo hablo vamos a nivel de geriatría es mínimo, mínimo, muy poco...”

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 36 y 37

Todo ello se sintetiza en **la escasez de medios públicos** que el Estado dedica a la atención sociosanitaria de las personas mayores; escasez de medios económicos que genera el que la concertación, con instituciones privadas, de la atención social, tanto la domiciliaria como la de las residencias y centro de día, no se controle suficientemente; del mismo modo la escasez de recursos econó-

nicos está ligada a la escasez de profesionales, y de profesionales especializados, en todos las categorías profesionales. Los profesionales son insuficientes y sus salarios bajos.

“... hay muchas cosas pero es que a la hora de la verdad faltan. ¿Quién tiene la culpa, en este caso la Junta de Castilla y León porque ofrece una serie de servicios y resulta que te falta personal. Pues no lo sé, ¿cambiar la ley? Eso es más difícil todavía...”

... Yo desconozco en qué condiciones firma los conciertos la Junta de Castilla y León, yo no sé lo que se le exige a una residencia que tenga o que deba de tener, yo no lo sé. Pero hay que concertar los servicios con auténtica transparencia y con auténtica claridad, y si se dice que hay servicio médico y una asistencia médica 24 horas, no se refiere a que exista una atención médica 24 horas de la Seguridad Social, eso ya lo sabemos, eso lo tenemos...

... pero hay una lista de espera interminable. ¿Quién tiene la culpa? En este caso la Junta de Castilla y León, primero porque no hay plazas suficientes para toda la tercera edad que existe, segundo porque no hay suficiente dinero, de verdad no hay suficiente dinero para contratar más auxiliares de ayuda a domicilio que te puedan paliar en parte esa espera ... tercero porque no cuentan con los medios suficientes para toda la atención que necesita la tercera edad, ya independientemente de los conciertos que concierten con residencias y demás...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; págs. 17 y 18

Hay también quienes manifiestan que, a pesar de las insuficiencias, se ha avanzado sensiblemente en la protección de los derechos asistenciales, no sólo por la creación de plazas en instituciones sociosanitarias, sino por algunos “valores añadidos”, como por ejemplo:

- La creación de residencias en su entorno local, en su barrio, en su ciudad. El que las residencias estén en las localidades, barrios, donde las personas mayores han vivido gran parte de su vida, les mantiene más conectados con su medio, con sus familiares, amigos, conocidos.
- El desarrollo de la atención domiciliaria, como paradigma de la prevención del mantenimiento de la conexión con el mundo, y la relanteliza-

ción del deterioro; como medio de vigilar intensivamente la salud y el bienestar en el propio hogar.

“... están bastante bien cuidadas y bastante bien consideradas, y sobre todo desde que ha llegado la ayuda a domicilio; para nosotros ha sido una ayuda inestimable el que una persona pueda ir a casa del señor, ver cómo está, si está enfermo, si no está enfermo, si ha tomado la medicación, si se ha duchado...”

...

... El problema que tienen las residencias éstas es que no tienen personal cualificado; pero nada, vamos, el que los cuida tanto terminales como un poquito, sin médico ni ATS del propio pueblo ... pero a partir de las tres de la tarde ya hay que llamar a urgencias porque no hay ningún personal que esté cualificado para hacer nada allí...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; págs. 11 y 12

“... el futuro de la atención está en desarrollar la atención domiciliaria en su sentido más amplio, ¿no? Para ofrecer servicios a domicilio que permitan mantener a las personas el máximo tiempo posible en su medio, conectados con el mundo, que creo que esto es muy importante...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; pág. 15

2.2. COMO PERSONAS CON FAMILIA

La imagen de la “familia” del mayor que tienen la mayoría de los profesionales es muy negativa. Su papel está marcado por la incomprensión y exigencia por parte de los profesionales, que, a excepción de los médicos, consideran que son ellos los que hacen con los mayores lo que sus familias deberían hacer y no hacen, sin entrar en otras consideraciones.

En los médicos y ATS aparecen algunas reflexiones espontáneas acerca de la situación familiar que puede originar el que una persona mayor comience un proceso de dependencia, sobre todo si no existe en el seno de la familia la figura de la mujer-cuidadora; o sobre la necesidad de que la sociedad se ocupe y preocupe de la situación en las que se encuentran los cuidadores/familiares de las personas mayores dependientes. Estas situaciones las llegan a definir como “devastadoras” para el desarrollo de la vida familiar.

“... Pero, sin embargo, hay algo que siempre destaca, que es la falta de responsabilidad de la familia ... cuando entra en estos programas, se desentiende, tanto hijos como nietos nos dejan al paciente solo; el paciente se siente que ya no sirve para nada y se siente rechazado por su familia...”

... yo creo que es una foto demasiado ... yo no creo que sea la realidad.

...

... O sea yo no haría una foto tan severa, la demencia es devastadora también para las familias, ¿no? Podrías comprender un poco por qué...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 23 y 24

“... si decimos que las familias se desentienden, cuando la gran problemática que hay es la sobrecarga del cuidador, por ejemplo, que la sobrecarga del cuidador sí está, por lo menos una mínima parte está empezando a reconocer eso...”

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; Pág. 16

La tendencia a culpabilizar a la familia está muy extendida en otras categorías profesionales; de hecho, la percepción de la mayoría de ellos es que la familia de la persona mayor dependiente tiende a “desentenderse” del cuidado del mayor, y trata de dejar en manos de los profesionales la práctica totalidad de la atención y cuidados que precisa, incluso aquellos que podría hacer sin tener especiales conocimientos o destrezas. En cierto modo hay una tendencia a que todo el mundo, familia y profesionales, tiendan a “descargarse” en todo el mundo: la familia en los profesionales, los profesionales en sus compañeros y en la familia, tal y como algunos de ellos reconocen y perciben en su entorno laboral.

“... Las familias, si tú consientes, ellos te exigirán todo, hasta que les vayas a dar de comer si es necesario. No todas pero sí muchas. Entonces yo creo que un trabajo bastante importante que tenemos que hacer, y se intenta hacer, es educar a las familias en cómo tratarlos, cómo cuidarlos y que hay cosas que no se caen los anillos por hacerlas y que les corresponde a ellos...”

...

... Yo estoy en el hospital y allí pasa, pues hay gente que a lo mejor es válida y aunque no sea tan mayor, es válida, en el momento que de ser válida, la familia se desentiende completamente, no quiere ni lavarle la boca, que tampoco, hay cosas que tú tienes que hacer pero la familia tiene que responsabilizarse para toda la vida, un enfermo ha llegado al hospital y su familiar pues por lo menos le peina, le lava la boca, y es que no, si pueden se largan y que le dé otro de comer y todo..."

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 10 y 11

En la atención social en residencias y centros de día, la percepción parte de una realidad distinta, y es que la persona mayor vive allí, por tanto el papel de la familia, o lo que se espera de ella, difiere un tanto de lo que ocurre en el ámbito sanitario. En general hay una tendencia a pensar que la familia se preocupa poco del familiar mayor residente, debido a que, una vez que se tiene la "conciencia tranquila" sobre su buen cuidado, la familia "se descarga" de la única función que le resta, que consiste en visitarlo y estar pendiente de su bienestar afectivo. No obstante lo dicho, se producen situaciones en las que los trabajadores de las residencias admiten mal el que la familia esté demasiado encima del residente, porque lo interpretan como una "intromisión en su trabajo", como una "desconfianza" hacia ellos. En una palabra, el equilibrio entre lo que se espera de la familia y las distintas actitudes que se observan, es bastante complicado, y la percepción de cada profesional tiene, a menudo, más que ver con factores subjetivos que con factores objetivos.

"... la Administración tarda mucho en dar plazas de residencias a dar ayudas a domicilio, bueno pues entonces le digo, pues lo mismo es que a usted su madre la cuidó durante veinte años, pues usted puede hacerlo al revés, cuide usted a su madre durante veinte años, a ver si tenemos suerte y en esos veinte años tenemos plaza de residencia en algún sitio..."

... La residencia de ancianos no puede ser el sustituto de la familia.

... Claro.

... Tiene que ser un apoyo, un soporte, etc., pero la familia tiene que seguir implicada porque si no viene todo."

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; págs. 34 y 49

2.3. COMO PACIENTES. COMO RESIDENTES

La condición de pacientes es una característica prácticamente intrínseca a la circunstancia de ser mayor. Las consultas médicas en atención primaria mantienen un flujo de personas mayores cercano a los dos tercios de todos los pacientes que acuden a ellas; del mismo modo las especialidades hospitalarias de medicina interna, traumatología y urgencias presentan porcentajes similares, o incluso más altos, de pacientes mayores. El cómo son percibidos como pacientes posiblemente incide en cómo son tratados en esta condición. Los elementos que conforman la percepción de su actitud como pacientes se sintetiza en lo siguiente:

- En general la persona mayor se pone en manos de los profesionales sanitarios con una **actitud de sumisión y respeto**.
- Debido al desconocimiento de sus derechos como ciudadano, entre los que se encuentra el derecho a ser atendido, la persona mayor tiene una **actitud de agradecimiento** al profesional sanitario que le atiende a cualquier nivel.
- Quienes viven solos en su domicilio, aunque también en residencias, tienden a buscar en el médico, y por extensión en cualquier otro profesional sanitario, amistad, apoyo, asesoramiento e información de todo tipo, debido fundamentalmente a que la soledad se acrecienta y se transforma en un elemento de fragilidad y dependencia afectiva.

“... Es que la actitud del paciente varía, yo que estoy en hospital viéndolo agudos, y también estoy en una residencia, entonces el paciente, la actitud hacia el médico en el hospital es una y en la residencia es otra. En la residencia adopta una actitud, como dicen los compañeros, que te explican sus problemas, y uno de sus problemas más importante que contaba el compañero es la soledad. Ellos a veces van al médico y más que buscando un médico lo que buscan es un amigo, una persona en quien apoyarse y que, evidentemente, les pide todo tipo de consejos porque es la única persona que tiene de acceso rápido...”

...

“... A nivel de la asistencia primaria, a mí me sorprende que con lo poco que ofrecemos, la gente lo agradezca que es y lo que se conforma...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 11, 12 y 13

La actitud como residente varía en función de la situación en la que se encuentre respecto a ser dependiente o no, y, en caso de residencias privadas, la cantidad económica que aporta; veamos:

- Tienen una actitud menos exigente, más agradecida y más positiva hacia el cuidador, las personas mayores dependientes. Este tipo de actitud es la más gratificante para el cuidador y para cualquier profesional que le atiende.
- La mayor exigencia de atención la generan quienes se valen por sí mismos, pero sufren soledad y abandono, sea en residencia o en hospital, por la falta de atención y presencia de familiares; la atención que se exige desde estas posiciones frágiles no desencadena reacciones negativas en los cuidadores, porque son conscientes de que es una exigencia desde la fragilidad, y lo que en realidad se pide es presencia, acompañamiento, que se les escuche, “que les hagan caso”.
- La exigencia que se genera desde la creencia de estar en una posición de fuerza, como es el tipo de las demandas de personas mayores que se valen por sí mismas, que en algunas residencias privadas pagan más que los demás, sobre mejor atención, mejor comida, mejor trato que a los demás. Este tipo de actitud es mal recibida por los profesionales que la consideran fuera de lugar y un ataque a su profesionalidad.

“... yo sí, porque demuestran su cariño, porque te dan, te sonríen, porque ven que nosotros, los auxiliares, somos sus manos y sus pies, porque sin nosotros no podrían hacer nada... entonces yo creo que ellos están agradecidos con nosotros...”

... Allí en la residencia la parte de abuelos que están mejor, son agradecidos pero son muy exigentes.

... La de no asistidos, y tú vas a darle la comida y es que no tienen amigos, se creen que se va a acabar, todos quieren ser los primeros ... luego están los no válidos, como están más desprotegidos, no son tan exigentes, yo que tengo la experiencia de estar en los dos sitios, yo no los veo tan exigentes...

... la verdad es que se vuelven exigentes, pero yo creo que se vuelven exigentes porque se ven solos. Y, claro, como se ven que no tienen a nadie pues una forma de llamar la atención, porque hay veces que hay abuelos que yo los he tratado que no se merecen nada porque te tra-

tan fatal, te insultan, pero a veces se te van los nervios y pierdes los papeles, esto no pasa muchas veces...”

**R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica, cuidadores;
págs. 17 y 18**

“... Pero lo mismo nos pasa a nosotros, en el comedor, pues empieza uno a gritar allí; ay esta comida es una mierda ... a ver a ese señor qué le pasa ... y dice yo no merezco comer esto porque yo pago más que los demás ... tienen una mentalidad de que porque paguen más merecen un trato mejor...”

**R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos,
terapeutas ocupacionales; pág. 34**

3. NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TÉRMINOS

En este capítulo se trata de desvelar cómo los distintos tipos de profesionales diferencian, tanto terminológicamente como con los ejemplos concretos que relatan –teoría y práctica–, los tres conceptos –negligencia, abuso y maltrato a mayores–. Se trata de analizar la categorización de los tres conceptos, ahondando, en la medida de las posibilidades que ofrecen los propios discursos, en las diferencias y en las similitudes. En un primer acercamiento, podría establecerse de una manera simple, las siguientes aproximaciones:

- **La negligencia suele asociarse a la ausencia de una acción**, con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor.
- **El abuso se asocia a una acción intencionada, que puede tener consecuencias o no tenerlas** (un ejemplo podría ser el trato infantilizado, no tiene consecuencias palpable negativas, pero podría hacer que la persona mayor se sienta mal según y cómo se le trate).
- **El maltrato sería una acción intencionada y dirigida expresamente a provocar daño físico o psíquico.**

Esta es una primera aproximación, que lógicamente precisa de un análisis en profundidad. **A lo largo del discurso de los profesionales se evidencia la existencia de situaciones anómalas, referidas al respeto de la protección de los derechos de las personas mayores.** Aunque sólo en muy pocos casos el discurso surge de manera espontánea, estas situaciones son detectadas tanto en el trato del propio profesional con las personas mayores a las que atiende como en la observación de las prácticas profesionales de otras disciplinas, y en la realidad institucional existente. Los profesionales aprecian que todas estas manifestaciones tienen en común el carácter de acciones negativas u omisiones, que cuestionan el trato que reciben las personas mayores, no sólo en el ámbito de lo asistencial, sino, y de manera muy especial, en la esfera del trato humano.

De manera unánime se considera por parte de los profesionales que los derechos de las personas mayores no están absolutamente garantizados (ver el

capítulo III.2. “Percepción de la población mayor desde los profesionales”, apartado III.2.1. “Como grupo social con derechos”) y que, por tanto, pueden no ser respetados.

“... Yo desde luego pienso que suficientemente garantizados no, no están. Y, bueno yo lo que, lo que puedo decir, yo sí que, vamos no voy a acusar a nadie porque siempre se nos podría acusar a todos... y yo no creo que se les trate siempre con el debido respeto y con la suficiente, mmm, trato digno que requerirían. Por lo tanto, yo desde luego veo situaciones en las que pienso que no están suficientemente garantizados sus derechos...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 11 y 12.

En el capítulo citado, se hace referencia a que en el concepto “derechos” se encuadran una variedad de aspectos de la relación que se establece entre la persona mayor, el profesional y la institución que le atiende, y el ámbito social en el que se desarrolla su vida, y que en este marco de relaciones, los profesionales que trabajan en el cuidado y atención de las personas mayores y la familia, adquieren una especial relevancia por ser los ejecutores directos de su atención y cuidado; esto significa que, en la realidad de su vida cotidiana, son los artífices del respeto de sus derechos, o en su defecto, los responsables de su incumplimiento. Ahora bien, tal y como hemos dicho anteriormente, desde los profesionales se achaca la falta de respeto de los derechos de las personas mayores –como son los derechos a la intimidad, a la confidencialidad, a ser tratados como adultos, a una atención adecuada que potencie sus capacidades para mantener su autonomía, a la libertad de decisión sobre sus acciones como personas adultas, etc.– principalmente al sistema social que organiza la vida de las personas mayores, y la propia organización de las instituciones sociosanitarias, porque desde estos dos ámbitos se delimita su actividad profesional; es decir, consideran que su tarea está organizada, regulada y limitada por las normas sociales e institucionales, normas que generan la imposibilidad de mantener el adecuado respeto y profesionalidad en su tarea. De alguna manera, se eximen de su responsabilidad profesional, tendiendo a justificar las situaciones “anómalas” en la situación laboral, y en la organización institucional o empresarial sociosanitaria.

“... Para mí se están vulnerando los derechos de las personas mayores. Claramente. Yo es que intento ponerme en la piel de ellos y el que yo

fuese una abuelita, yo estoy acostada y a mí por qué me tienen que estar desnudando delante de la de enfrente. Creo que tengo derecho a expresar el que...

... Yo no sé si serían, es que no sé cómo ... para todo lo que hemos dicho antes de que si es una negligencia por parte del profesional o es un abuso...

... Es que eso es lo que menos puede ser, porque el profesional trabaja por los derechos que tiene.

... Entonces si el profesional entra en una residencia donde existen habitaciones con tres camas, lo que menos puede ser la situación es negligencia del profesional, puesto que están trabajando con los recursos que ellos han puesto..."

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 17

... Yo eso no lo pongo como una negligencia a una persona mayor sino que el sistema es así, hay unas listas de espera...

... No sé si he entendido bien la pregunta, o la palabra negligente me parece muy fuerte. Yo llevo 24 años de trabajo y siempre, bueno pues en centros de salud. Bueno por mi zona que ya os he comentado que es una zona muy vieja, nos movemos en zonas viejas, a mí es que un centro de salud donde hay una instalaciones..., a las ocho y cuarto de la mañana ves una viejilla de 80, 81, 82 años, con un frío de la leche, sin autobuses, sin nada, gastándose un dinero en taxi o si no andando, yo eso ¿se califica de negligencia? ¿Qué hacemos con eso?..."

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 21 y 22

En general la tendencia predominante es entender que los poderes públicos asocian protección de derechos con prestación de servicios, por lo que, desde el punto de vista de esta concepción del tema, la falta de protección de los derechos de las personas mayores se adjudica principalmente a las Administraciones públicas.

"... Es que no se está protegiendo sus derechos, se les está prestando un servicio que no sirve para nada porque es más..."

... Te lo venden de cara como una protección de un derecho y lo que se le presta es una asistencia, una chachez, lo puedes decir, que se cuantifica en número y que...

... Es que de cara a las elecciones queda muy bonito.

... Es que creo que es más importante que esa hora, media hora, dos horas, sea para ellos expresamente, para asearle, hablar con él, ver la tele, hacer un juego, lo que sea, antes que ponerte a limpiar la cocina. Yo lo veo así..."

R. G. Nº 5; Madrid; profesionales atención domiciliaria; pág. 32

No obstante, hay profesionales algo más concienciados sobre las reflexiones más actuales sobre el envejecimiento de la población mundial, que apuntan en su análisis al debate sobre la posible conexión entre el cambio social en una sociedad que envejece, y la existencia de un trato no adecuado a la población mayor. En síntesis, esas reflexiones señalan que el debate debería desarrollarse en torno a los siguientes tópicos:

- En el ámbito del entorno familiar:
 - La adecuación/inadecuación de que los cuidadores de la población mayor sean en realidad personas de la familia directa también mayores, porque tienen alrededor de 60 años.
 - El gran desconocimiento y preparación de cómo cuidar y tratar a las personas mayores, por parte de sus cuidadores más directos.
 - Los cambios en la estructura y hábitat de la familia: tendencias al hábitat urbano, al trabajo de la mujer, a la familia monoparental, etc.
- En el ámbito público:
 - Falta de previsión y planificación institucional para asumir el cuidado y la protección de los derechos de la población mayor.
 - Hay discurso público, pero escasez de medios para afrontar la protección: falta de recursos económicos y humanos en cantidad y calidad.

"... a lo mejor estamos hablando de una persona de 60 años que tiene que cuidar a su hermana... normalmente son las mujeres, son las hijas, que a su vez trabajan, que tienen hijos, y estamos diciéndoles que hagan todo perfectamente... pero hay un gran desconocimiento, no hay posi-

bilidades, y se ha encontrado con un problema que hace veinte años no lo había, claro que las familias antes tenían al abuelo en casa pero la sociedad era totalmente diferente...”

R. G. N1 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; pág. 35

En todo este contexto, se observa que los profesionales no han desarrollado un debate serio sobre lo que ocurre con la población mayor, desde todos estos aspectos y matices a los que nos estamos refiriendo; por ello, existe una clara dificultad, por parte de los profesionales, para enmarcar el respeto de los derechos de las personas mayores en conceptos más específicos, como son los de negligencia, abuso o maltrato; esta falta de capacidad analítica, se acentúa a la hora de clasificar determinadas situaciones que se describen, como son las referidas a la falta de intimidad y de respeto que sufren las personas mayores en residencias o en el servicio de ayuda a domicilio, los procesos incapacitantes e invalidantes que la rutina diaria de los centros provoca en las personas mayores residentes, o el tratamiento infantilizado que reciben en ocasiones. En la mayoría de estos ejemplos concretos, se achaca el problema al peso de las normas institucionales y la escasez de recursos con los que se cuenta, que, siendo ciertos, son un velo que oculta responsabilidades profesionales. De alguna manera, se describe una realidad en la que se desarrolla el ejercicio profesional con pocos resquicios de libertad personal y, por tanto, con grandes dosis de irresponsabilidad, lo que ayuda a que no existan espacios para la reflexión ni una claridad conceptual sobre temas como la negligencia, el abuso o el maltrato.

Es desde la insistencia de la moderación de los grupos, es decir, el sugerir una y otra vez que el objetivo del estudio es ahondar en conductas profesionales, que de una u otra manera vulneran la protección y el respeto a los derechos de los mayores en lo referente a la atención sociosanitaria, que los profesionales han relatado una diversidad de conductas, estableciendo algunos matices diferenciales en cuanto a su significado, gravedad de su significado, contenido, gravedad del daño infringido y las consecuencias físicas y psíquicas que pueden ocasionar en el mayor que las sufre. Veamos uno a uno los tres conceptos.

NEGLIGENCIA

Se entiende, en general, **como omisión de funciones establecidas mediante un protocolo**, es decir, la no realización de alguna de las tareas que debe

cumplir el profesional que cuida a la persona mayor o la institución que le acoge, en su compromiso de atención; **la negligencia puede cometerse intencionadamente o no, y, en general, tiene consecuencias negativas en el mayor**, aunque también puede no tenerlas. Así lo expresan los diferentes grupos:

“... no sé, yo más que actuaciones es o que no se hace, ¿no? O sea no tanto cómo actúa la negligencia sino lo que no hace por evitarlo...”

... Eso es ser negligente, o sea tú dejas de hacer algo que tienes que hacer, eso es una negligencia...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 31

“... una falta de atención hacia ellos, precisamente por lo que decía ella antes, por considerarlos crónicos, por considerar que ya les queda poco. Siempre una falta de atención, tanto de su centro de salud, como desde el hospital cuando ingresa, como desde servicios sociales, y como, pues no sé, todo el profesional que lo lleve detrás; es una falta de atención yo creo, una falta de atención precisamente por el abandono de que es una persona mayor, de que le queda poco, va a morir, es un estorbo...”

...

... Vamos a ver, es que negligencia a lo mejor, a parte de no cumplir, como ella decía, una persona que coge, no está el usuario o no el abre la puerta y se va, que eso es una negligencia, cuando todo el mundo sabe que ante las incidencias que te puedas encontrar hay que llamar, aunque nos cueste pero hay que llamar, eso sí es una negligencia porque no estás cumpliendo con tu trabajo y hay una regla que cumplir...”

R . G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; págs. 33 y 50

“... Hombre, pues yo entiendo que una negligencia, si yo veo que mi compañera sabe que el abuelo está cagado y se va tan fresca y no lo ha cambiado. Yo pienso que eso es una negligencia. O que le ha dado de comer y las pastillas pues se las ha dejado allí y no se las ha dado porque no ha querido, ¿no? Eso con respecto a nosotros. O que el culo lo tenía a punto de picársele y no le ha echado crema...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica, cuidadores; pág. 43

“... Estamos protocolizando casi todo, entonces cuando hay un problema y no se sigue el protocolo adecuado a ese problema, es lo que yo entiendo por negligencia...”

...

... la palabra negligencia para mí encierra algo, una dejación de funciones muy grande y con una repercusión negativa sobre esa no actuación... pues hay muchas cosas, el no controlar, en una residencia no controlar por ejemplo si la gente toma sus pastillas, porque a la hora de la comida se van repartiendo pastillas pero la señora la pone en el bolso y la tira...

... o los cambios posturales, por ejemplo...”

**R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias
y centros de día; págs. 25 y 27**

Los ejemplos de conductas negligentes concretas, citadas más frecuentemente, son los siguientes:

- **Omitir una valoración del paciente mayor**, en el ámbito sanitario, para establecer las necesidades de atención adecuadas; por ejemplo valorar si tiene o no un estado confusional (si está solo, desorientado...); ir más allá de lo propiamente dirigido al cuidado y la protección de su salud física.
- **La utilización indebida de medios de contención/inmovilización.**
- **La utilización innecesaria de pañales.**
- **El no hacer los necesarios cambios posturales.**
- **El no cambiar pañales con la frecuencia necesaria**, para no sólo evitar la aparición de problemas de piel, sino también salvaguardar su dignidad.
- **No vigilar y controlar la ingesta de la alimentación adecuada.**
- **No vigilar la ingesta de medicación prescrita.**
- **No hacer las curas con la periodicidad necesaria.**
- **No controlar la prescripción de medicamentos** por no tener al día las historias clínicas.

- **No prestar la atención médica suficiente al paciente mayor**, por observar en ellos excesivas quejas o visitas al médico/ATS demasiado frecuentes.

“... yo como enfermera tengo que valorar al paciente, tengo que saber si está en un estado confusional, hay a lo mejor tiene que tener pañal pero mañana a lo mejor no, cuáles son sus posibilidades, cómo estaban antes y cómo están hoy, tengo que hacer un diagnóstico de problemas y un plan de cuidados con unos objetivos finales, y eso, a día de hoy, no se hace...”

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; pág. 34

“... pero es que a veces no les haces caso porque están todo el día diciéndote me duele aquí, me duele al otro lado, llamas al médico, no tiene nada...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 28

Además de la negligencia profesional, o de la institución, debida a la omisión de acciones de su competencia, también se señalan como negligencia profesional otros supuestos, que, no siendo estrictamente una función profesional recogida en el protocolo correspondiente, significan de alguna manera una dejación de funciones, una falta de ética profesional; como ejemplo de este supuesto, se cita el no tomar medidas ante la observación y/o constatación de situaciones de abuso o maltrato por parte de otros profesionales.

“... Negligencia sería por ejemplo que sabiendo que hay un maltrato, el profesional hiciese la vista gorda, por ejemplo; eso es una negligencia.

... o sea que conociendo lo que está ocurriendo, por no implicarse, por desidia, por dejadez. De la misma manera que si hay un caso de malos tratos a menores, ante la duda los médicos tienen la obligación de informar...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 34 y 35

Se ha dicho anteriormente que el concepto de negligencia está asociado generalmente a su capacidad de provocar consecuencias físicas o psicológicas en la persona mayor que la sufre; desde este punto de vista los casos de negligencia podrían agruparse en tres tipos:

- Todos los que estando **relacionados con la higiene, la movilidad o los cambios posturales, puedan provocar heridas de distinta índole, escaras, irritaciones, o bien atentar contra la dignidad de la persona mayor.** Este tipo de negligencias se detectan en todos los ámbitos de atención –los sanitarios, las residencias y centros de día–, **pero se atribuyen muy especialmente al ámbito sanitario, y dentro de éste a los hospitales, en los que hay una consideración unánime de que son los lugares en los que la persona mayor que entra, sale con un deterioro importante de su estado general físico, cognitivo, psíquico, aunque salga curado de la enfermedad por la que ingresó.** Esto lo reconocen hasta los propios médicos, que afirman que la principal misión de ellos es cuidar y curar la enfermedad objeto del ingreso hospitalario, e insisten, como causa directa del deterioro que la estancia en el hospital produce, en que el hospital no cuenta con los recursos humanos para “cuidar” a las personas mayores, en aspectos que no sean la dolencia por la que son ingresadas en el mismo.

“... y también he visto negligencias por parte de compañeras que no les han dado de comer en condiciones o no les han cambiado los pañales y a consecuencia de eso tienen heridas, eso pa mí son negligencias...”

...

... Nosotras cuando vuelven a las casas lo notamos muchísimo, tanto en las escaras como en la movilización.

... Sí.

... Vienen inútiles...

... Y van sin ellas y vuelven con ellas, ¿no te ha pasado a ti?

... Vuelven con escaras...”

**R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria;
págs. 34 y 23**

“... yo por lo menos en el año y medio que llevo trabajando aquí en la residencia, casi los peores vienen del hospital.

... Por supuesto.

... Desde luego.

... Esa gente es la peor que viene.

... Los de casa suelen venir sucios.
... Pero del hospital es que vienen con heridas.
... Sí...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 43

- Todos los casos en los que el **incumplimiento de tratamientos, o la falta de la dedicación adecuada para potenciar la salud y la autonomía personal, desembocan o agravan innecesariamente los problemas de salud o de dependencia.**
- Los casos de “no atención”, **de no hacer caso, sin tener en cuenta el estado psíquico, los sentimientos de soledad**, etc., a demandas de las personas mayores, que en otros muchos aspectos materiales están bien atendidas y cuidadas, y por tanto esta atención no podría ser considerada como imprescindible para su buen estado físico, pero tiene efectos psicológicos, **al incidir en sentimientos de soledad y desvalimiento afectivo.**

“... Eso es ser negligente, o sea tú dejas de hacer algo que tienes que hacer, eso es una negligencia porque, por ejemplo, no sé, el médico de cabecera tiene a mucha gente enferma ahora, con tos y hay un día que estaba uno ahogándose y llamó una auxiliar y le dijo, mira a ver que le pasa a fulanito que yo estoy aquí en el ordenador, y ni va él personalmente a atenderle, eso ya no, a lo mejor sí que lo puede hacer perfectamente una auxiliar, pero es el enfermo el que dice, bueno por qué no viene el médico a verme, si yo sé que el médico está ahí, ¿no? Es más la persona que se siente que no le hacen caso, ¿no? Que yo no digo que la auxiliar esté perfectamente cualificada para ver o tranquilizar al enfermo que está tosiendo mucho, ¿no?, pero yo qué sé, igual el enfermo se sentiría mucho más tranquilo si fuera el médico y le dijera, mira no te pasa nada, te voy a dar esto y ya está...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 31

ABUSO

Se conceptualiza como una acción intencionada que puede tener o no consecuencias negativas para la persona mayor; el abuso puede o no gene-

rar algún tipo de beneficio para el profesional, bien sea material o bien sea de tipo intangible, como por ejemplo trabajar menos, trabajar más relajadamente, etc. **En el trasfondo del discurso emitido por los profesionales se puede detectar que el abuso se relaciona tanto con la falta de respeto a los derechos individuales de la persona, como con el incumplimiento de las obligaciones laborales.** En los grupos, se acepta la presencia de lo que denominan “abusos en el trato”, o “abusos de poder”, en la relación institucional y profesional, pero no la de otro tipo de abusos como puedan ser los físicos, sobre la propiedad, etc.

“... No, pues eso, que si ya lo haces con..., que el abuso ya es con una intención de, pues, de conseguir algo o de hacer daño o de beneficiarte de alguna forma de lo que puedas, o que te deje tranquilo o lo que sea, y la negligencia es otra cosa, no es intencionado, es un error, es un fallo...”

...

... Entonces, cuando la persona tiene que administrarle la medicación en el tiempo que va a estar allí pues, por ejemplo, el que la deje en su mano, que se le olvide, eso es una negligencia por parte de la auxiliar.

... Es que esa es otra.

... Ahora si la auxiliar se la da, se la administra para tenerlo callado, eso es un morro que vamos...

... Pero le está dando más dosis de la que le ha...

... Para que la deje...

... Se lo hago para tenerle callado.

¿ESO ES ABUSO?

... Abuso, yo para mí sí.

... Eso es abuso como...

... Atarle para que no se mueva.

... Exactamente...”

**R. G. Nº 5. Madrid; auxiliares de la atención domiciliaria;
págs. 52 y 55**

Se puede establecer una caracterización y agrupación de los abusos, en función del tipo de acción que encierran:

- **Los abusos que tienen que ver con la falta de consideración hacia los mayores como personas maduras, capaces y con criterio propio.** En este grupo podemos encuadrar los ejemplos relatados por los grupos que hacen referencia a abuso en el trato.

— **Infantilización del trato**, es decir la utilización de un tono inadecuado en el trato a las personas mayores, que trasluce la equiparación de la población mayor con la población infantil. Sobre el tema de la infantilización del trato se ha debatido en los grupos, en casi todos ellos a instancias de la moderación, y no siempre se ha llegado a acuerdos sobre la conveniencia o inconveniencia de tratar de manera infantil (por el tono, por las palabras utilizadas, el tuteo...) a la generalidad de las personas mayores. Mientras que para algunos profesionales esta práctica es una manera de expresar cariño, de mostrar un acercamiento, para otros es una falta de respeto y de consideración a la trayectoria vital de las personas mayores, y pone de manifiesto el paternalismo y la escasa respetabilidad que la sociedad en su globalidad y los profesionales en su trato cotidiano materializan. En ciertos casos de personas mayores discapacitadas cognitivamente o psíquicamente, o en procesos de llegar a estarlo, el trato infantilizado puede ser adecuado, si con ello se consigue una aparente respuesta de agradecimiento o bienestar.

“... hay una falta de respeto, y en eso, yo tengo la costumbre de hablar de usted a todo el mundo... entonces sí se da también entre el personal sanitario, la falta, el tuteo y la falta de respeto, eso es frecuente. Yo a veces he reprendido a alguna enfermera o a alguien, vamos reprender, les he dado mis consejos: mira, hay que hablar de usted a la gente y respetarla un poquito.

... A veces ellos mismos no quieren que les trates de usted.

... Te apela el tuteo. Es igual yo les sigo hablando de usted, le digo que me hable a mí de tú que yo soy más joven. Pero hay mucha falta de respeto en ese sentido, ¿eh?, y eso es una cosa muy frecuente entre el personal sanitario. Se toma una confianza con la gente, que eso no quiere decir que no lo vayas a tratar mejor y con más cariño y con más deferencia...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; págs. 39 y 40

“... Si a la persona, aunque sea anciana, tiene lucidez y está bien, yo no veo que se le trate como a un niño. La persona que se ha demenciado, le sigues un poco la corriente y le tratas de otro modo, pero no precisamente como a un niño. Te quiero decir que depende un poco del grado de cómo esté esa persona...”

...

... Depende de ellos.

... Él demanda un poco.

... Depende de la capacidad, de si está demenciado o no. Y si está demenciado le tratas como a un niño, no sé.

... Yo creo que a un anciano siempre le tendrás que tratar de forma profesional...”

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; pág. 53

Entre los profesionales del ámbito sanitario el tuteo, por ejemplo, está generalizado, y afirman que se tutea tanto a la población mayor como a cualquier otro tipo de pacientes, sin discriminación por razón de edad; especialmente los médicos no reconocen un trato discriminatorio por el tuteo o por la infantilización del tono. Sin embargo reconocen otro tipo de trato discriminatorio tal y como analizamos a continuación.

- **La falta de respeto a sus opiniones desde el abuso de poder.** Este tipo de abuso consiste en no tomar en consideración la opinión de la persona mayor, no sólo en múltiples aspectos de su vida cotidiana, sino también en otras temas que conciernen a decisiones importantes y determinantes para su vida. Si este abuso tiene como referente a la familia, los ejemplos que se citan hacen referencia a la gestión de su patrimonio, cómo o dónde quiere vivir, etc. Si el referente son las personas que trabajan con las personas mayores, o las instituciones, los ejemplos son de otro tipo: la imposición sutil de prácticas religiosas en residencias regentadas por órdenes religiosas, o la obligación de realizar actividades lúdicas en momentos que desean hacer otras cosas, en aras de la organización de la institución, sin mediar explicaciones convincentes sobre la bondad de la actividad para su salud; y, en general, la imposición de pautas de actividades y comportamiento sin considerar los deseos y criterios de la persona mayor. Se trata de la tendencia a la

imposición de lo que se debe hacer basándose en el ascendiente profesional, o en situaciones de poder, ya sea físico, institucional o ideológico. Otros ejemplos de este tipo de abuso son la muy frecuente actitud de los profesionales sanitarios de no explicar, en términos comprensibles, las dolencias que padecen, y no por no producir desasosiego en el paciente mayor, sino por considerar que no merece la pena explicar porque no va a entender. Incluso se considera abuso las ausencias y los retrasos injustificados en acudir a las consulta, sin ofrecer explicaciones precisamente a las personas mayores que son quienes llegan siempre puntuales.

“... Yo creo que sí hay una diferencia, y muchas veces los pacientes se quejan, dicen: me ha tratado como si fuera tonto. Y, sobre todo, cuando van a un especialista, sea el de traumatología o el de reumatología, ni me ha mirado y me ha dado este sobre...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; pág. 52

“... Si por ejemplo, o la falta de educación, si por ejemplo hay dos auxiliares de control hablando y tal, y está el vejete esperando que le den la carta, pues eso es abuso, o una falta de educación...”

... Hombre abuso sería por ejemplo ... una enfermera que está metida en una sala de curas y tiene la consulta de 12 a 2, y tiene cinco sentadas y son las 12 y diez y está todavía dentro chíchichí chácháchá, y sale y entra y no dice nada por ejemplo a la gente, pues me voy a retrasar un poco, no les da una explicación; está abusando en cierto modo de su respeto, porque ellos son respetuosos estando allí, yendo a una hora determinada a la consulta...”

R. G. Nº 7; directores de residencias y centros de día; págs. 42 y 43

“... Sí, más que económico, porque normalmente allí la verdad es que eso no se suele dar. Pero es más un abuso de poder, como un poco una jerarquía no, del residente, que yo, es que mi interpretación es justamente la contraria, no es que sea [...], al fin y al cabo es tu cliente, en el fondo, por decirlo de alguna manera, por intentar dar a entender que es una persona a la que tú le ofreces unos servicios, ¿no? Entonces, no es que te tenga que estar agradecido porque tú estás por encima de él a nivel institucional, no, al contrario, entonces es la manera que tienen de ver de que están institucionalizados, están allí, ¿no?, donde

los acogen. Tú los recibes no los acoges, los recibes. El problema está cuando tú consideras que estás por encima de ellos y ejerces un poco ese abuso de autoridad. Yo diría abuso de autoridad también. Aunque hay que distinguir un poco desmotivación de lo que es abuso de autoridad. [...] intentar motivarlos de mil maneras para que vayan a una actividad ocupacional, para que vayan a una actividad de musicoterapia, una cosa es motivarlos digamos, y otra cosa es decirles: vas porque vas, y punto... Entonces para mí eso es un abuso de poder, de autoridad, que te obliguen a jugar al bingo cuando tú estás perfectamente en tus cabales y no te da la gana, vamos a ver..."

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 47 y 48

- **La falta de respeto a la intimidad.** Este tipo de abuso es el que hace referencia a no respetar la intimidad de la persona mayor, tanto en situaciones de exploraciones médicas (en habitaciones de hospital sin correr cortinas o cerrar la puerta, por ejemplo), como en situaciones que se producen cotidianamente en las residencias (cambios de pañales, momento de ser vestidos, no cerrar puertas, no tener en cuenta la presencia de otras personas en la habitación, etc.):

"... Lo que pasa muchas veces en el hospital, primero los propios profesionales deberíamos imponer lo que consideramos que tendría que ser lógico para cualquier persona o para nosotros mismos..."

... Cierra la puerta, que no, que tú eres un cascarrabias, y un día había entrado tanta gente le dije: esto es la habitación de los hermanos Marx, o qué, porque aquí, al final, entra una a los análisis, otra a traer una historia, otra a no sé qué, o sea entraron cuatro personas en el mismo paciente, y era un paciente que estaba llorando porque tiene una depresión, porque te cuentan de todo, claro. Y entonces me enfadé, y la contestación fue: ¡qué antipática estás hoy!..."

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; pág. 39

"... para mí se están vulnerando los derechos de las personas mayores, claramente. Yo es que intento ponerme en la piel de ellos y el que yo fuese abuelita, yo estoy acostada y a mí por qué me tienen que estar desnudando delante de la de enfrente?"

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 17

“... Muchas veces también pierden el derecho a la intimidad. Vamos haciendo las cosas ya muy mecánicas y no echamos cortinas, o de momento destapamos a los encamados, o abrimos las puertas...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica y cuidadores; pág. 59

- En el segundo tipo de abuso se agrupa un tipo de acciones referidas a la salud de la persona mayor, y que, aunque no necesariamente tienen consecuencias negativas directas e inmediatas, son acciones que no es habitual practicarlas con personas más jóvenes. El matiz con respecto a algún tipo de negligencia es que en el abuso hay una acción, no omisión, e intencionalidad. No obstante son cuestiones de matiz y no siempre fácilmente diferenciables.

“... No, pues eso, que si ya lo haces con..., que el abuso ya es con una intención de..., pues de conseguir algo o de hacer daño o de beneficiarte de alguna forma de lo que puedas, o que te deje tranquilo o lo que sea, y la negligencia es otra cosa, es un error, es un fallo...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 55

- La tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada, y no siempre necesaria, para “curarse en salud”, y evitar la asunción de responsabilidades. Se ha hecho referencia al afecto negativo físico y psíquico que supone para una persona mayor el estar en el hospital, cuanto más si se le ingresa de manera “casi preventiva” y no por una causa suficientemente justificada.
- La prescripción reiterada, y no siempre suficientemente justificada, de medicamentos neurolépticos/tranquilizantes, que no responde a una situación objetivamente necesaria, sino a la demanda de la familia o del entorno. La persona mayor es molesta para el entorno social en que vive, y aunque haya razones objetivables, como pueda ser el insomnio, los trastornos de la conducta, excitación psicomotriz, el tema es que este tipo de situaciones no son fácilmente tratables con fármacos adecuados, por lo que se tiende a prescribir tranquilizantes, que, en realidad, mantienen a la persona mayor “adormilada”, y así evitar que sea molesta.

“... con esto de las derivaciones al hospital y los diagnósticos y tal. Que el problema que plantea el compañero de que a veces la deriva-

ción de los centros geriátricos al hospital, no solamente tú derivas al hospital por el hecho de la enfermedad, sino porque detrás de ese paciente, de esa enfermedad, hay una familia que no sabes cómo va a reaccionar, cómo va a interpretar después la valoración que yo haga en el sentido de si lo remito o no lo remito al hospital...

...

... he encontrado a mi madre muy nerviosa, doctor, por qué no le pone algo.

... es que me muele, no nos deja dormir a nadie.

.. Que tiene que trabajar, y a ver si puedes darle un tranquilizante, que al menos duerma por la noche y podamos dormir los demás, que yo mañana trabajo...

... el trastorno de la conducta y de la excitación psicomotriz y de insomnio, en la gente mayor es muy complejo y muy difícil de tratar. Precisamente porque no tenemos una farmacología que nos permita elegir un cuarto de pastilla y usted dormirá tranquilamente..."

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 55 y 58

"... se utilizan de manera muy llamativa neurolépticos, etc., y dan lugar a muchas incapacidades...

...

... gente que no deriva el médico (al fisioterapeuta) porque piensa que el beneficio va a ser menor porque no tienen medios para venir; los pacientes que se debían derivar para asistencia domiciliares no sé, no existen, o casi no existen o no lo quieren ver o no lo quieren mandar...

...

... Yo creo que la valoración es muy importante...

...

... tú puedes ver a una persona mayor que ya es mayor, tiene una calidad de vida muy precaria y ahí es una cosa de cada uno, que no sabes si igual le vas a poner todo tipo de cosas y se va a salvar o...

... Yo personalmente lo veo mal, lo veo mal porque también hay que tener en cuenta que hay que dejar a la persona morir con dignidad.

... que yo tengo gente de 90 años, y que hay que operar de cataratas y les ha pasado de decir, bueno total, ¿cuántos años 90? Bueno si ese señor se va a morir en junio del año que viene, pero ¿por qué no va a leer el periódico?..."

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 3, 6, 45 y 46

- **El negar explícita o implícitamente un tratamiento a una persona mayor con el solo argumento de la edad** (ya no merece la pena... a su edad). Aunque el debate puede establecerse en términos de que determinados tratamientos pueden resultar un “encarnizamiento”, de algunos comentarios se deduce que hay prácticas abusivas en este terreno; no siempre se respeta el derecho de la persona mayor a ser tratada en el ámbito sanitario en igualdad de condiciones que otros grupos de población, no valorando el estado general del paciente, y las ventajas que les pueda aportar en su calidad de vida, por corta que ésta se prevea.

“... Yo creo que el mundo sanitario está mucho menos sensibilizado con la gente mayor, que los que estamos en el tema social, porque el tema sanitario, incluso los tratamientos costosos no los aplican a personas mayores, las medicaciones caras... No se les da tanto.

... Y eso lo ves desde dentro.

... Incluso operaciones, intervenciones quirúrgicas que no se hacen por eso, porque colocación de prótesis son caras...

... Si tiene 77 años, cinco años más. Por cinco años no merece la pena que le hagamos una prótesis de cadera...”

R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día; pág. 56

- **La prescripción de medicamentos sin ver al mayor.** Parece que es práctica habitual que se prescriban medicamentos a las personas mayores sin, que acudan a la consulta de atención primaria o especializada, y sean vistos por su médico. Probablemente no siempre esta práctica genere problemas graves, pero la discriminación abusiva reside en que no es frecuente que esto mismo se haga con otros grupos de población.

“... Una allí en la residencia por ejemplo, que le hemos descubierto un quiste en el hígado y ella siempre dice que se ha quejado de ahí, de la zona del abdomen y tal, digo ¿a usted nunca la ha visto su médico de cabecera? Dice, no se me recetaba desde la calle...

... Sí, sí, sí...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 59

- Los actos de incumplimiento deliberado y continuado del reglamento de funcionamiento de una institución, o del contenido del trabajo.
- **Abusar de las capacidades de las personas mayores para facilitar el trabajo de quienes le cuidan;** las capacidades de la persona mayor se van poco a poco mermando, por lo que en cada momento hay que medir y valorar lo que se puede pedir que hagan por sí mismos. Exigir más allá de sus posibilidades es un abuso que, si bien facilita la tarea de quien la cuida, puede tener consecuencias negativas en su salud. Un ejemplo de este tipo de abuso sería la exigencia al mayor de que coma solo o se vista cuando no puede hacerlo en las condiciones adecuadas.
- **Incumplimientos de horarios laborales,** concretamente en los profesionales de atención domiciliaria, son un abuso porque la persona mayor está en sus manos, y normalmente tiene miedo de denunciar este tipo de incumplimientos, bien sea para que no le quiten el servicio, o para que no se deteriore la relación entre ambos y sufra las consecuencias (se enfade con ellos, les trate mal, etc.).
- **Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control,** aunque no generen directamente un perjuicio; como ejemplo de este tipo de abusos podrían considerarse la no atención a los timbres de las habitaciones (en hospital y/o residencias) por resultar incómodo acudir siempre que se llama, o, en la atención domiciliaria, no controlar y advertir cuando una persona mayor que vive sola en su domicilio no responde a la puerta.

“... Abuso sí, porque mira, si tienes a una persona que tiene un poco, principio de Alzheimer, no vamos a llegar ya estadios más altos, pues que ya se le están empezando a ir pero que tampoco la tiene muy localizada, pues sí que es verdad pues que a lo mejor está sola y de repente pues se va una hora antes, pues porque, si no se entera ¿total qué

más da? O incluso no va, porque total qué más da. Ese tipo de abuso sí, porque se aprovechan, o nos aprovechamos, vamos a generalizar, pues de esas carencia que tiene el usuario...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 56.

“... O el caso también de cuando llaman al timbre, al control, y o no responden o a mí me han llegado a decir, pero yo esto no lo puedo testificar porque no lo sé, pero me han llegado a decir personas que se desenchufan, los propios profesionales desenchufan el timbre para no tener que estar yendo a ver que le pasa a fulanito, a ver que le pasa a menganito...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 31

- **La dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo**, en temas que no tienen un perjuicio grave para su salud, pero sí tal vez para el cuidado y protección de su dignidad, por ejemplo en el vestir. Ejemplos de este tipo de abuso serían el no tener cuidado en cómo se atiende al aspecto externo de las personas mayores dependientes (cómo se les viste, o el estado de conservación de la ropa –limpia, no rota, adecuación de colores y prendas–), que les hagan sentirse con un aspecto digno.

“... Como comodidad es mucho mejor una persona que no proteste. Claro, porque tú llegas, como lo haces rápido, lo mismo a lo mejor le pones un vestido que a lo mejor tú realmente sabes que a esa persona no le ha gustado nunca, pero tú se lo pones porque es que tienes que correr, si es que no tiene más remedio. Y a lo mejor te paras con esa persona que te está diciendo, ese no me lo tienes que poner, me quiero poner el verde, el azul no, el verde, pues con esa te tienes que parar, pues con la otra tienes que correr más. Entonces, claro, como cómodo es mucho más cómodo...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica, cuidadores; págs. 53 y 54

Hay profesionales que desarrollan una **teoría sobre la escasa correlación entre las normas de funcionamiento de la mayoría de las residencias, y un respeto correcto a los derechos de sus residentes, que evite algunos casos de negligencia y abuso institucional**, porque, en nombre de la racionalidad en la

organización y el buen funcionamiento de los centros, se justifica frecuentemente la limitación de derechos, y llega a hacerla invisible. Frente a esta teoría se sitúan quienes mantienen que cualquier institución, privada o pública, sociosanitaria necesita darse una reglas de funcionamiento para poder organizar el cuidado, la atención y la convivencia de un grupo de personas. Estas reglas se deben aceptar, o bien por la persona mayor si entra voluntariamente y está capacitada para ello, o bien por la familia en caso contrario. **En el difícil equilibrio entre la norma de organización y convivencia, y el respeto a la libertad de las personas mayores, es donde puede encontrarse soluciones.**

Paralelamente a este debate que plantean algunos profesionales, surge el que se plantea en el seno de los directores de centros; un debate entre quienes no pueden permitirse el reconocimiento de la existencia de casos de abuso o negligencia en sus centros, porque sería tanto como reconocer su propia incompetencia profesional, y quienes tratan de ser más realistas y reconocen que, a pesar de que el propio sistema está creado para detectar y expulsar al profesional que abusa, se producen casos que no siempre es sencillo detectar, porque además existe un fuerte corporativismo profesional, que alimenta y fortalece la opacidad de estas conductas.

“... a mí me parecería lamentable que un director de una residencia dijera: en mi residencia hay abusos; para mí me parecería cuestionable como director, oiga que usted permite, ¿no?...”

... No, es que tú con 400 residentes y ¿cuántos trabajadores tienes?, ¿controlas todo? No me lo creo.

... No, yo tengo 400 residentes y 250 trabajadores. Y yo, lógicamente, estoy completamente seguro que en mi residencia no hay abusos. Lógicamente, estoy completamente seguro de que en mi residencia no hay abusos, y el que considere que hay abusos que me lo demuestre...”

R. G. Nº 7; directores de residencias y centros de día; pág. 49

“... Tiene unos pasos que seguir, este abuelo no puede entrar en su habitación cuando quiera, tampoco puede tener lo que quiera en la nevera, porque no se lo dejan, no lo permiten porque tiene que tener sus normas, y no se lo permiten. Entonces yo creo que ahí estamos faltando a la intimidad del abuelo, porque el abuelo tiene que tener sus propias... yo he trabajado en residencias y tengo la experiencia esa de que el abuelo no tiene intimidad porque es como un reloj. Usted no se

mueve de ahí porque usted tiene que estar aquí porque están limpiando. Entonces ahí estamos quitando la intimidad del abuelo, y eso es grave, para el abuelo, porque es su casa pero no es su casa, tú al abuelo lo puedes poner donde tú quieras, es como el ajedrez, creo yo a ese tipo de cosas ¿tú les llamarías abuso?

... Yo sí.

... Sí.

... Es abuso, sí..."

R. G. N° 2; Córdoba; auxiliares de clínica y cuidadores; pág. 60

"... Vamos por partes, primero: los ancianos no son niños grandes, eso seguro, porque me parece, eso sí es algo, yo considero que pensar que los ancianos son niños grandes, yo eso lo considero no sé si ya un abuso o un maltrato, pienso que un maltrato, pensar que un anciano es un niño grande. Segundo: yo he dicho en una persona capaz, es decir que sea capaz de tomar decisiones, que en las residencias no solamente hay gente, que por el hecho de estar en una residencia no significa que no eres capaz de tomar decisiones..."

...

... No, yo lo que quería decir es que no es que sean niños pequeños, sino que en el momento que entran en una institución, tienen que atenerse a unas normas que tiene la institución. Entonces ya no es que dice él del paseo, no es que no quiera salir ni nada, por ejemplo la comida, la hora de la comida es la una, y si tú no bajas a la una pues no comes, no es que sea maltrato..."

R. G. N° 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 49 y 50

MALTRATO

El maltrato se entiende **como la acción intencionada cuyo fin es provocar daño físico o psíquico**. Los profesionales niegan la existencia de maltrato físico en las instituciones y en las relaciones profesional-persona mayor, aunque se identifican como casos puntuales de maltrato aquellos que aparecen en la prensa en residencias privadas, y que generan un rechazo social generalizado. De manera significativa se asocia el maltrato con el entorno familiar.

“... La verdad es que en el ámbito que conozco, malos tratos para nada...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 11

“... Abusos sí.

... Sí.

... Pero maltrato jamás.

... Como mucho, a lo mejor, una compañera, un enfrentamiento verbal, por genio, porque puedas tener un encontronazo, pero maltrato, maltrato no...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 63

Sin embargo, se llega a catalogar algunas acciones poco frecuentes como casos de maltrato psicológico, más sutil y menos controlable que el físico, en el trato profesional e institucional; estas acciones producen sufrimiento en las personas mayores que lo padecen. Como ejemplos se citan el trato despreciativo reiterado, o el fomento de la idea de su propia inutilidad.

“... pues, yo he visto situaciones de ir al pasillo, hacer un comentario una persona, por mucha demencia que tenga, mmm, bueno yo, a mí se me ponía la cara de colores.

... o sea comentar algo de una persona... Sí, o porque se ha hecho pis encima o por cualquier cosa, o intentar quitarle el pañal en medio del pasillo, cosas por el estilo...”

...

... Claro porque se lo está recordando, si ya es suficiente la propia persona de..., una persona mayor ya se sienten inútiles, a veces, que lo que tienes que hacer es eso, potenciarle que aún puede servir, es que encima se lo estés recordando constantemente, y a lo mejor no sólo la familia, a lo mejor incluso las instituciones a veces, no pueden vivir así también, no lo sé.

... Ahí a lo mejor también se puede dar ese caso, en las instituciones, que a lo mejor algún profesional...

... En un momento determinado sí..."

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 18, 19 y 50

De forma muy puntual, se refieren casos de maltrato de todo tipo y en todos los ámbitos, institucional, profesional, familiar, pero se insiste en el mayor peso del maltrato psíquico, porque además es el más opaco, ya que el maltrato físico deja muestras que evidencian su existencia. Se resalta, una y otra vez, que el sistema de organización y protocolización del cuidado, en centros sociosanitarios, hacen muy difícil que los casos de maltrato físico se produzcan.

En esta reiterada negación de la existencia del maltrato entre profesionales, basada fundamentalmente en la mayor dureza de la acción que está detrás del mismo, subyace, en realidad, una traslación del maltrato al abuso, o dicho de otra manera, maltrato y abuso son, con bastante probabilidad, conceptualmente lo mismo en la percepción de los profesionales.

3.2. CIRCUNSTANCIAS MÁS PROCLIVES A OCASIONAR NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

En este capítulo se trata de analizar en profundidad qué tipología de persona mayor es la más frágil, ante la negligencia el abuso o el maltrato, así como las situaciones y circunstancias que son más propicias a que se den estas conductas, es decir, qué perfil de entorno las facilita. El objetivo es establecer los perfiles de los grupos de mayores, y las circunstancias vitales, de mayor riesgo para sufrir negligencia, abuso o maltrato.

En la realidad de las personas mayores, descritas y analizadas por los profesionales que las atienden, aparecen circunstancias que parecen allanar, o por el contrario dificultar, la posibilidad de que no se respeten sus derechos, y se cometan con ellos acciones de negligencia, abuso o maltrato. Se pueden establecer las siguientes categorías en función del tipo de circunstancias.

- **Las referidas a las características del entorno socioeconómico de la persona mayor.**

Se plantea un primer plano general de fragilidad, cuando existe escasez de recursos de atención. Sería el caso de personas mayores solas, sin familiares que les atiendan, con problemas de autonomía y con escasos recursos económicos. Ante necesidades de ingreso en una residencia, se considera que el hecho de que no haya plazas y se deba esperar para ser ingresado, atenta contra el derecho de la persona mayor a ser atendida adecuadamente. Dentro del grupo de personas con problemas para acceder a recursos residenciales, se señalan como más desfavorecidos los de clase media, pues, debido a su situación económica, tienen dificultades de acceso a plazas en residencias públicas, y escasas posibilidades en centros privados debido a su coste.

“... Entonces creo que ahí hay un vacío muy grande. Porque la clase media es la que siempre queda perjudicada. La clase media es la que no llega a las ayudas pero tampoco llega a pagárselas, entonces está ahí luchando, el que tiene mucho dinero pues mira suerte que tiene, o tienen muchos hijos que todos pueden aportar, pero dónde está escrito que para tener una vejez satisfactoria debas tener hijos o una fortuna...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 14

- **Las referidas a las características sociales y personales de las personas mayores que determinan su vulnerabilidad.**

En el terreno más concreto de las personas mayores atendidas, ya sea en residencias o en su propio hogar, los profesionales señalan distintas características que les hacen más vulnerables. Entre estas características podemos señalar significativamente:

— La situación de dependiente.

Quienes no se valen por sí mismos, por razones de incapacidades físicas y/o mentales, están en situación de mayor vulnerabilidad ante la negligencia o el abuso, ya que son más fáciles de “manejar”. En situaciones de sobrecarga de trabajo, de cansancio, etc., son los primeros que dejan de ser atendidos adecuadamente, o que lo son de forma poco profesional, y sin cumplir los protocolos establecidos. Dentro de los

dependientes, son quienes presentan incapacidades psíquicas o mentales los más vulnerables por su total indefensión ante el medio.

“... O a lo mejor tú dices, no le pongan al lado de la ventana. No, te sientas ahí, que es tu sitio. Y lo sientas ahí y a lo mejor no quieren, porque el que está enfrente está todo el día chillando y no quieren sentarse ahí, que dentro de su demencia sabe que aquel está chillando y está todo el día, o está protestando... no te sientas ahí, tú lo sueltas ahí y te vas a por otro; eso montones de veces. Claro que abusamos de ellos...”

R. G. Nº 2; auxiliares de clínica y cuidadores; pág. 54

“... Quizá la negligencia pero menos.

... Son personas con más recursos. Pero una persona asistida, incapacitada, ya no voy a hablar mentalmente porque entonces ya no tiene capacidad de decisión ni de nada, pero una persona, o con cualquier patología incapacitante, se sienten mucho más vulnerables y, bueno y si hablamos de las demencias, están nuestras manos, es que es así, o sea es que se pasan las 24 horas, yo no estoy las 24 horas pero bueno, allí siempre hay personal, entonces están las 24 horas allí, en la residencia, si no vienen a verlos, o vienen un ratito porque además hay un horario de visitas, ¿cómo que no va depender? Está en mi mano, depende de la estimulación que yo le haga, del trato que reciba de mí, de que yo quiera cambiarle ahora que me ha pedido ponerle en el aseo porque, porque dice que con el pañal no puede; es que están totalmente en nuestras manos. Entonces un poco también hay formas, es importante la ética profesional de cada cual. Entonces sí yo...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 50 y 51

— Los caracteres más dóciles, menos exigentes, más comprensivos.

Los profesionales reconocen que las personas con carácter dócil, acostumbradas a no exigir, a no quejarse, las que menos atención exigen de los demás, son las más propensas a no ser respetadas en sus derechos. Este tipo de personas mayores con niveles de exigencia muy bajos, procuran “comodidad” a los profesionales que les atienden, comodidad que el profesional traduce en permisividad para el incumplimiento, o

cuanto menos, en una mayor liberalidad en el cumplimiento, de las obligaciones profesionales.

“ESO ES MÁS FÁCIL, DIGAMOS, TENER UN CIERTO ABUSO DE LAS PERSONAS MÁS DÓCILES.

... Claro.

...

... Que se conforman, que se conforman más...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica y cuidadores; pág. 54

“... Porque hay gente que sabes que se te va a fijar hasta de si no se ha limpiado los pies en el felpudo, pero sabes que hay otras personas que son unos benditos y que no hablan mal de nadie, y hay gente que le echa mucho morro, y que precisamente que sabe que esa gente que no se va a quejar es de la que abusa. Y que llegan y, pues nada, nada, me siento, me echo el cigarrito, porque además... de echarse el cigarrito, de tomarse el cafelito y largarse una hora antes. Y eso lo hacen algunas, y desgraciadamente es así...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 49

A mayor fragilidad, mayor es el riesgo de sufrir negligencia, abuso y falta de respeto de sus derechos como persona mayor; y la fragilidad tiene que ver con:

- El nivel de dependencia y falta de autonomía por discapacidad física o mental, o ambas al tiempo.
- El nivel de autoconciencia de los derechos como persona mayor, y el conocimiento y práctica de uso de los instrumentos para defenderlos.
- El tipo de carácter de la persona, su manera de ser y relacionarse.
- El nivel cultural.
- Los recursos económicos personales.
- Las habilidades personales para las relaciones sociales y ante las instituciones.
- La existencia o no de apoyos familiares.
- El cómo estén cubiertas las necesidades afectivas.

El grupo de profesionales de atención domiciliaria, manifiesta con nitidez los factores que dibujan la tipología de la población mayor más vulnerable ante fenómenos de negligencia, abuso y maltrato profesional; a pesar de que es una cita larga, merece la pena transcribirla, veamos:

“... No, en los más débiles.

... En los más débiles.

... No los de..., hombre una persona que tenga buen carácter al final se mosquea, no, me refiero a los más débiles, sí, sí, sí a los más débiles, y se aprovecha, o nos aprovechamos.

... Sí, pero además es que yo creo que de éstos se aprovechan en todos los casos.

... Sí, en todos.

... Porque, por ejemplo, casi siempre son los más necesitados.

... Sí.

... Sí.

... Casi siempre son los más necesitados porque no protestan, porque no llaman, porque no van a hablar con el alcalde.

... Sí, sí.

... Sin embargo hay otra gente que como se saben mover, saben que hay una concejalía que los protege, pues van directamente al político, qué ocurre con el político, que como lo que menos quiere son problemas y lo que más quiere son votos, pues ocurre que, como decimos nosotros, mandato, esto viene por mandato, entonces pues esa gente pobre, que decimos que es la más pobrecita, es la que...

... Noble, noble.

... a qué lo aplicas aquí, pobrecito.

... Pobrecitos de carácter, ¿no?, que te dice, jo pobrecito, que es que no protesta, es que lo majo que es, es que no dice ni pío, es que...

... Que lo necesita mucho además, que lo necesita y que está ahí y además que son muy agradecidos, que es gente de verdad es que merece eso y bastante más de lo que se le está dando. Y lo merecen todo, y son de los que más se abusa...

... yo creo que en general, no sé si os habréis dado cuenta que siempre la gente que realmente necesita el servicio, aparte que es la que menos lo pide, la que menos te exige y la que mejor te trata, es la que menos tiene siempre de todo y es a la que digamos también, incluso nosotras, pasa mucho que son las que siempre...

... una auxiliar fija y le vas rotando porque como protestan, y sin embargo está la pedorra de turno, y perdón, que lleva trece años con la misma porque en cuanto se la cambian se pone a llamar a todo dios...

¿ESO SERÍA UN ABUSO? POR PARTE YA DE LAS EMPRESAS, ABUSAR DE UNA PERSONA QUE PORQUE NO SE QUEJA SE LE ROTA LA GENTE CON LO CUAL COMO QUE...

... Sí.

... Pero eso pasa en todos los sitios.

... No se le hace aposta, no es decir, éste no protesta a éste se lo voy a hacer, no, lo que ocurre es que cuando estás coordinando, lo que dice ella, hay determinadas personas que sabes de qué van, sabes perfectamente que van a montar el pollo en servicios sociales, en la alcaldía, en no sé dónde. Entonces siempre tratas de dejarlas al margen, al margen de tocarlas a no ser que no te quede más remedio pues porque la auxiliar suya ha sufrido una baja, tiene vacaciones, tiene ausencia personal, entonces no te queda más remedio pero sino es así prefieres no tocarla, vamos olvidarte de ella por completo..."

**R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria;
págs. 57, 58 y 59**

Parece evidente que la fragilidad está ligada de manera determinante a la vulnerabilidad para ser sujetos de conductas profesionales no deseables, y a mayor vulnerabilidad mayor riesgo de sufrirlas.

El mayor nivel de riesgo se da en las personas mayores con problemas o enfermedades psíquicas o mentales. Sería éste el perfil más vulnerable, y más susceptible de sufrir situaciones de negligencia, abuso y maltrato; esta vulnerabilidad es aún más acentuada si la persona mayor de este perfil, no cuenta con familiares o allegados que velen por su bienestar.

El siguiente perfil más vulnerable, en orden descendente, **serían las personas mayores dependientes**, es decir quienes tienen mermadas sus capacidades para tener autonomía y movilidad.

Entre las personas que se valen por sí mismas (con facultades físicas y psíquicas que les permiten autonomía a todos los niveles), y en ocasiones también entre las dependientes por problemas físicos, **la fragilidad tiene que ver con el carácter personal más dócil y conformista, con la falta o escasez de recursos económicos, con la existencia o no de apoyos familiares, con el desconocimiento de los propios derechos y/o la falta de práctica para defenderlos, y con la escasez de recursos personales/de habilidades para las relaciones sociales e interpersonales**. En definitiva con un conjunto de características personales y sociales que hacen más vulnerable a la persona mayor, por no contar con los instrumentos personales y sociales necesarios para ejercer la defensa sus derechos.

- **Las referidas al tipo de situaciones/lugares donde se recibe la atención de los profesionales: institucionalización (residencias y hospitales) o atención domiciliaria y en centros de día.**

Además de las características personales y socioculturales de la persona mayor, la situación en la que vive es otro factor que determina que se produzcan circunstancias más proclives a la negligencia, el abuso y el maltrato. Es diferente el medio y la relación con los profesionales si la persona mayor vive en su casa, sola o con otros familiares y recibe ayuda a domicilio, en una residencia o está ingresada en un centro sanitario. Cada ámbito genera particularidades propias.

— **El acceso a los recursos especializados.**

En una primera aproximación, y como un aspecto general de la falta de respeto a los derechos de las personas mayores, **se considera que la escasez de recursos públicos especializados en la atención de la población mayor, es decir plazas en residencias públicas, concertadas, en centros de día, u hospitales con especialidades en geriatría, atenta contra el derecho a recibir una atención digna de aquellas personas mayores que lo necesitan**. La escasez de plazas en residencias genera situaciones de abandono de personas muy vulnerables, a las que se les expone a problemas de todo tipo innecesariamente, y la defensa de sus derechos pasa inexorablemente por su ingreso en una institución.

A quien tiene todavía la posibilidad de residir en su hogar, el Estado debe “acercarle” al máximo los recursos públicos, como forma de garantizar su seguridad, su salud, etc.; la atención domiciliaria, tanto la sanitaria como la no sanitaria, cumple un papel importantísimo en la prevención de situaciones de riesgo, pero a día de hoy es claramente insuficiente.

“... Yo creo que reconocidos [sus derechos] sí, la cuestión es que faltan sitios donde recoger a muchas personas...”

R. G. N ° 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; pág. 9

“... Yo lo que plantearía es una diferencia entre las personas que puedan estar en casa, con una falta de apoyo y con una falta de recursos, tanto de recursos familiares como de recursos sociales, que se encuentren en una situación de abandono, con unas necesidades no cubiertas, lo diferenciaría de la situación de las personas ya institucionalizadas, donde mal que bien encuentran un cobijo, unas necesidades básicas cubiertas y una serie de profesionales que trabajamos para su atención, tanto en el ámbito psicológico como terapéutico. Yo pienso que mejora mucho la situación de estas personas que ya están dentro, y más si es una opción elegida, que las muchas que están en una lista de espera y están expresando un deseo de obtener ese recurso ¿no? Te diría que un poco sí que hay, hay una diferencia...”

R. G. N° 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 13

“.. Yo opino, como decía mi compañera, que la Administración tiene que hacer un esfuerzo. El médico y la sanidad. Y sobre todo que el cuidado vaya al domicilio del abuelo, porque lo que sí estoy de acuerdo, es que el abuelo, mientras se encuentra bien y atendido en su casa, quiere estar en su casa. En cambio el problema existe cuando el abuelo tiene que salir fuera de su domicilio para pedir ayuda, porque si no encuentra, sobre todo si no tienen familia que no hace el soporte adecuado, entonces el abuelo tiene que salir cuando se encuentra pues que o tiene que ir al ambulatorio o tiene que ir a buscar al médico para tener ese apoyo porque no lo tiene...”

R. G. N° 1; Barcelona; médicos; pág. 21

— **Las situaciones de institucionalización: residencias de la tercera edad, públicas y privadas e instituciones sanitarias.**

Centrados en los casos de las personas institucionalizadas, es decir “recogidas” en una institución en la que son atendidas, se hace una clara diferencia entre el ámbito de las residencias y el de las instituciones sanitarias. Se ha puesto manifiesto, en otros momentos de este análisis, el que la estancia en centros sanitarios, y en concreto la permanencia en un hospital, es la peor situación para una persona mayor, en cuanto a los cuidados que recibe. Se reitera, una y otra vez, por el conjunto de los profesionales, a excepción de quienes trabajan en el ámbito hospitalario y no son médicos geriatras, la falta de atención “geriátrica”, de los hospitales; en ellos se atiende a las personas del problema de salud origen de su ingreso, pero no se tiene en cuenta sus necesidades, no se valora su estado general como persona mayor, produciéndose habitualmente situaciones de negligencia y abuso.

“... pues nosotros hacemos al revés, les controlamos a ellos. Si una señora o un señor está quince días, nosotros les llevamos hidratados, análisis de libro, sin una escara ni nada, y cuando vuelven nos vuelven mal. Y entonces hacemos una revisión y se lo decimos, nos ha llegado esta persona así...”

...

... Vienen con escaras casi todos.

... Sí, porque no tienen los cambios posturales que tenemos nosotros...

... No tenemos ningún escarado...

... Yo lo que diría es que el cambio es tan, tan fundamental, tan diferente, y el trato, de las personas que están con ancianos en este caso, de un hospital con una residencia que no hay comparación, no hay ninguna comparación...”

**R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día;
págs. 22 y 54**

“... Yo no pienso que estén cubiertas las necesidades físicas en el hospital, porque de hecho cuando vas a levantarlos, pa que vengan los celadores a levantarlos te mueres. Y llega la hora de la comida y ya no lo levantan porque después los tienen que acostar para luego volver

a levantarlo por la tarde, con lo cual por la mañana no se levanta, y una persona que medio puede andar, todo el día metido 24 horas en una habitación, es denigrante porque lo mismo que hay una sala de estar o un solárium para niños, tenía que haber un solárium para personas mayores, donde ellos se fueran, charlaran allí y estuvieran todos juntos, pues voy a decir de 11 de la mañana a 5 de la tarde o a 6 de la tarde, pues todas las personas que estén, vamos que pertenezcan a geriatría, llevarlos allí, que tengan su tele y que puedan charlar unos con otros, que puedan jugar a las cartas, que puedan, que tengan una cosa más, más de entretenimiento. Ahora los levantan, los sientan en el sillón, la familia no le levanta, no pueden andar, tú no puedes estar a andar porque estamos faltos de personal, qué es lo que pasa, que al final entran andando y se van a su casa en una silla de ruedas...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica y cuidadores; págs. 24 y 25

En el debate sobre las condiciones que ofrecen las residencias, para preservar el riesgo de situaciones de negligencia y abuso, se suscita el tema de las diferencias entre cómo preservan estas situaciones las de titularidad pública o privada. Pues bien, se detectan diferencias entre unas y otras, y hay quienes consideran que son las de titularidad privada las que preservan mejor de estas conductas, al tratar a la persona mayor residente como “cliente”, con capacidad de elección del lugar, de pagar por los servicios que recibe, y por tanto de optar, la persona mayor o su familia, irse o quedarse.

“... Hombre, yo no he estado nunca en ninguna privada pero un abuelo paga tanto por tener su habitación y éstos tienen su privilegio porque es privada, tiene que pagar una cuota. Ahora, una residencia que entra el abuelo y paga lo que tiene, que no tiene más, entonces tiene unas normas...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica y cuidadores; pág. 59

Contradiendo la idea anterior, y desde el conocimiento y la práctica de otros profesionales, se manifiesta que en las residencias públicas no sólo se respetan los derechos de los residentes, sino que por la organización y el control, es difícil incurrir en abusos y negligencia principalmente con los válidos. Este argumento, no obstante, es similar para ambos

tipos de instituciones, ya que de los debates se deduce que quienes, en unas y en otras, son los más vulnerables, son los residentes discapacitados. Por otro lado, si nos atenemos a las condiciones legales a las que unas y otras deben acogerse, no deberían existir diferencias; no obstante, reiterando lo dicho sobre el tema del cumplimiento e incumplimiento de la normativa legal, o mejor aún, sobre la escasez de control y vigilancia institucional hacia el cumplimiento de las normas de las instituciones privadas, recordemos que se acusaba a éstas de “encubrir” el cumplimiento de, por ejemplo, la cantidad, formación y especialización de los profesionales, contratando profesionales “comodines” que cumplen funciones diversas. Tema el de la formación y especialización profesional que, tal y como veremos en el siguiente capítulo, afecta de manera muy directa a las conductas negligentes o abusivas.

Por otro lado existe una suposición, que algún profesional manifiesta pero no confirma, aunque tampoco resulta rebatida, sobre posibles prácticas abusivas en las residencias privadas, tales como acelerar los procesos de invalidez de los mayores con el objetivo de cobrar cuotas más elevadas por la atención asistida.

“... Claro. Entonces tú, poniendo una serie de ayudas técnicas o enseñando una serie de técnicas a una persona que está, hasta ese momento, como asistido podría pasar a válido y pagar menos, con lo cual ahorras mucho trabajo a auxiliares y demás personal, y en cambio desde arriba, desde dirección, te dicen: no, porque si no paga menos...”

...

... Sí, y es que paradójicamente pasa eso, porque lo que intentamos es fomentar, potenciar que la persona sea lo más autónoma, lo más capaz posible y que su nivel de dependencia sea cada vez menor, pero ocurre eso, que no hay programas en lo que sé, pues a la persona pues se la ayuda para que se sepa vestir bien, se asee, porque a veces pues es un poco por dejadez, por pasividad, porque va perdiendo hábitos, entonces sí, sí, pero claro tenemos la cuestión tiempo, entonces las auxiliares lo hacen mucho más rápido que si estamos pendientes de esa supervisión. Y luego también ocurre, yo por ejemplo donde estoy, además yo lo digo, es que hay demasiadas sillas de ruedas, demasiadas sillas de ruedas, o sea una persona que está bien, que es válida se..., pues por una enfermedad puntual, se agudiza una

enfermedad y baja a la planta de asistidos, bueno pues ya sabemos que en silla de ruedas una persona está mucho más controlada, pero hay que fomentar enseguida quitarle esa silla de ruedas y que empiece con andador, pero claro te oyes la versión: es que ¿y si cae? Se rompe la cadera, se rompe tal. Pero bueno, si esa persona ya empieza a estar mejor y ya no está tan débil, no prolonguemos un mes más aquí, en la planta de asistidos, vamos a empezar con rehabilitación, con fisioterapia, bueno pues todo eso cuesta un poco, esa maquinaria cuesta moverla porque...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 20 y 21

— **Los espacios no residenciales: el propio hogar de la persona mayor y los centros de día.**

Los centros de día, como lugares de atención institucional, se muestran idóneos para las personas mayores desde muchos puntos de vista, y, de manera prioritaria, desde la prevención, si hablamos de centros de día destinados al ocio de los mayores. Si se trata de centros de día especializados para personas con cierto grado de discapacidad, su cuidado está dirigido por una filosofía de atención diferente a la de las residencias, ya que prima la atención terapéutica, frente a la de las residencias que sería fundamentalmente asistencial.

Las residencias tienen menos personal cualificado y menos especialistas en disciplinas tales como la terapia ocupacional, la animación sociocultural, etc., que los centros de día, posiblemente porque su planteamiento está destinado a cumplir objetivos de cobertura asistencial, en las necesidades básicas de supervivencia cotidiana, sin atender otros aspectos fundamentales de la vida de las personas mayores.

“... Yo estoy completamente de acuerdo con lo que dice Violeta porque al estar trabajando en un centro de día y ahora estar en contacto con una residencia, si yo cada vez que subo y veo a gente que está aparcada, pero como si fueran muebles, en un pasillo seis o siete sillas de ruedas, a mí es que se me parte el corazón de ver a esa gente que no está haciendo nada en todo el día; no me explico qué calidad de vida es esa. Yo creo que en el centro de día en el que estamos, desde que vienen hasta que se van ellos mismos dicen: esto es un cole, no

paramos, es que no paran, un montón de actividades: estimulación cognitiva, fisioterapia, musicoterapia..."

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 25 y 26.

"... Yo entiendo que sí estamos cubriendo las necesidades porque realmente estamos ofertando pues toda una serie de ocio, por así decir, muy diferente, donde se puede optar, y por ejemplo las mujeres por las tardes, cada tarde están organizadas para tener una actividad diferente durante toda la semana ... mantienen su tiempo ocupado, que aparte del tiempo es la relación ... yo creo que es muy importante eso porque hace que la gente no esté sola, no se deprima, no se deteriore. O sea que realmente la labor que nosotros hacemos es una labor de prevención..."

R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día; págs. 17 y 18

En los hogares de las personas mayores que son atendidas con la ayuda domiciliaria, las posibles situaciones de negligencia o abuso profesional dependen, en gran medida, de las características personales del mayor atendido; de igual **manera en este ámbito juegan un importante papel las relaciones interpersonales, la empatía, que se establecen entre el profesional y la persona mayor.** Aquí es la fortaleza o fragilidad del mayor, y la predisposición del profesional (ganas de agradar, predisposición a estar a gusto con los mayores, etc.), la clave para que se produzcan o no conductas profesionales negligentes o abusivas.

- **El entorno geográfico**

Mantener a las personas mayores en su entorno, sobre todo si ha vivido en una zona rural, es importante porque estará más cerca de su ambiente familiar y social. Si se trata de ciudades, el barrio cumple una función similar. En cualquier caso, quienes desarrollan su trabajo en zonas rurales, consideran que en ellas el control social sobre cómo se cuida a sus mayores, es más fuerte, por lo que las conductas negligentes o abusivas son más visibles, menos opacas, y, por tanto, menos frecuentes.

"... Vamos a ver, yo creo que, insistiendo otra vez más en la masificación y en las grandes ciudades y demás, en nuestro medio, en la zona

de Béjar todo se sabe, todo se sabe, y esos casos es muy difícil que se den, ¿por qué?, pues porque es que se sabe, pues porque se sabe todo. En un pueblo de 300 habitantes no da lugar a que haya un abuso porque es que se sabe..."

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 37

En síntesis, las conclusiones sobre la relación que existe entre lugar donde se atiende al mayor y conductas profesionales negligentes o abusivas, son las siguientes:

- Donde se producen más casos de negligencia, abuso y maltrato es en los centros de atención sanitaria, principalmente en los hospitales.
- En las residencias, tanto publicas como privadas, se detectan también algunas de estas prácticas, pero existe un mayor control.
- Los centros de día están considerados como los ámbitos de atención institucionalizada, con menos incidencia de conductas negligentes y abusivas.
- El propio hogar, donde la relación profesional se establece por la ayuda domiciliaria, las circunstancias de negligencia, abuso o maltrato tienen que ver fundamentalmente con las características sociopersonales de la persona mayor, el autocontrol del profesional, y el nivel de empatía que se produzca entre el profesional y la persona atendida.

PERFIL DE LOS MAYORES MÁS VULNERABLES A SUFRIR NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

Con el análisis desarrollado en este capítulo, se puede delimitar los perfiles de las personas mayores más vulnerables, que más riesgo pueden tener de sufrir situaciones de negligencia, abuso o maltrato. Para ello retomamos la fragilidad de la persona mayor, su nivel de vulnerabilidad.

- En términos generales se asegura que cualquier persona mayor es muy vulnerable y está expuesta a estos tratos abusivos en los centros sanitarios y muy especialmente en los centros hospitalarios.

- La persona mayor con problemas de discapacidad psíquica o cognitiva y viviendo en residencia, sea pública o privada, es el perfil de mayor riesgo de sufrir algún tipo de trato profesional negligente o abusivo.
- Las personas mayores discapacitadas físicas y viviendo en residencias corren menos riesgo que el grupo anterior.
- En general, entre las personas que reciben servicios sociosanitarios, las más vulnerables son aquellas de carácter débil, que son poco exigentes, que no molestan, que están muy necesitadas de afecto y atención, normalmente sin apoyos familiares y desconocedoras de sus derechos y/o de la forma de exigirlos.
- La población mayor que es atendida en zonas rurales está más protegida por el entorno social frente a la negligencia y el abuso.

En el perfil opuesto, es decir, son menos vulnerables y corren menos riesgo de sufrir conductas negligentes o abusivas, las personas mayores que se valen por sí mismas, ya vivan en residencias o en su hogar, acostumbradas a mandar, que conocen sus derechos y los defienden y con menos necesidades económicas y afectivas; este perfil es de los mayores menos frágiles, ante quienes los profesionales tienen actitud más cuidadosa, y ponen más atención para cumplir con su trabajo con la mayor profesionalidad posible.

“... Ese tipo de abuso sí, porque se aprovechan, o nos aprovechamos, vamos a generalizar, pues de esas carencia que tiene el usuario, a veces abusamos también de los que son muy buenos, muy buenos, que es que no protestan nunca por nada, y a esos es que los machacamos de abusos, pues mira porque me voy a ir porque me tengo que llevar al niño al médico, yo qué sé, es, es desagradable, porque justo esas personas son las que menos abusos deberían de recibir, ya lo mejor si te tienes que ir antes, pues oye por qué no te aprovechas y te vas antes del que está todo el día protestando, que encima es un... Y entonces hay gente que dices, oye que me voy, pero con esos no, ¿por qué?, pues porque luego van a llamar a coordinación o van a llamar al Ayuntamiento a decir: oiga mire usted, a mí esa chica no me la vuelva a mandar...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 57

4. CAUSAS QUE PROPICIAN LA NEGLIGENCIA, EL ABUSO Y EL MALTRATO

En este capítulo se analizan las causas que generan y propician la negligencia, el abuso y el maltrato, que tienen su posible origen en factores relativos a los profesionales, a las profesiones, y a los aspectos institucionales. Se trata de profundizar en todo aquello que influye y determina que se produzcan conductas profesionales no deseadas. Para ello se pretende ordenar las causas que propician estas prácticas, atendiendo a las razones que se alegan de manera explícita o implícita en los distintos discursos. Como más significativas se recogen aquellas que tienen que ver con las características subjetivas de los profesionales, las relacionadas con la realidad de las distintas disciplinas profesionales que participan en la atención de los mayores, y, por último, las que tienen su origen en factores institucionales.

4.1. RELACIONADAS CON LOS PROFESIONALES

En el primer capítulo se han analizado las características de los distintos profesionales que, en su disciplina y en la función que tienen encomendada, atienden a las personas mayores en los centros sanitarios, en residencias, en centros de día o en el propio domicilio del mayor. Se trata ahora de desvelar la posible relación entre estas características y las conductas abusivas hacia los mayores que atienden.

En el origen último de algunas conductas negligentes o abusivas se sitúa la consideración social que impera actualmente en la sociedad española sobre las personas mayores como grupo social, ya que consciente o inconscientemente ejerce una influencia sobre quienes trabajan con ellas. Si el conjunto de la sociedad no respeta y atiende correctamente a la persona mayor, quienes trabajan con ellos participan inconscientemente de esta percepción y conducta colectiva, aunque conscientemente manifiesten una voluntad de superar esta influencia social. La impronta de los valores sociales imperantes sobre la consideración de las personas mayores, puede predisponer a los profesionales a un trato hacia la persona mayor como “ciudadano de segunda categoría”. Esta

percepción social sirve de caldo de cultivo para actitudes profesionales de negligencia o abuso.

“... Yo lo que quería decir es que no nos podemos olvidar en la sociedad en la que estamos, y es una sociedad en la que los mayores estorban, los mayores molestan porque lo que prima es el culto al cuerpo, lo joven, las personas que son útiles, que son rentables, que son competitivas, entonces, quizá si nos..., eso nos puede permitir un poco más de autoridad a la hora de no tratarlos con toda la dignidad que se merezcan. Yo creo que es que no nos podemos olvidar de eso...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 42

En un plano más pegado a las características concretas de los profesionales, las causas relacionadas con su realidad personal, social y profesional, son fundamentalmente las siguientes:

La experiencia personal en el trato con familiares mayores

El haber conocido o convivido con personas mayores en la familia, y que la experiencia haya resultado positiva e enriquecedora, ejerce una influencia sobre el profesional. En primer lugar, porque le aporta un conocimiento de posibles problemas de conducta ante los que sabrá cómo reaccionar, y, en segundo lugar, porque tenderá a tratar a la persona mayor como trató, o vio tratar, a su familiar mayor. Las experiencias negativas, por el contrario, predisponen negativamente.

“... hay veces que la formación es importante para esto, ya no sólo la formación sino también cómo las personas han tratado a sus viejos, a sus abuelos o a sus padres. Porque por ejemplo, un mayor asbástico pues si tú no sabes de qué va puedes considerar que está tonto, se pone a querer hablar y no puede ... entonces ya lo consideras como un tonto ... o sea es un tema sí de formación, y luego también cada uno respondemos ante las cosas según nuestro aprendizaje, o sea si yo he tenido un abuelo encantador, cariñoso o con el rol dentro de mi familia, pues yo probablemente a la gente mayor la trate con respeto...”

R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día; pág. 58

La formación y especialización de los profesionales

Como ya se ha visto, la formación y especialización en la atención gerontológica es muy mejorable, en la práctica totalidad de las disciplinas y en la mayoría de las personas que desarrollan su actividad laboral en este terreno. Esta falta de formación y especialización, se percibe por los propios profesionales como posible origen de comportamientos abusivos y negligentes, tanto en el cuidado de las personas mayores como en el trato que se mantiene con ellas, y en concreto con la falta de equilibrio entre profesionalidad-respeto-afecto.

“... Aparte de que se te pueda caer o no puedas hacer bien tu trabajo, que se te pueda caer el usuario pues porque te falta formación, no sabes cómo cogerlo para que ese usuario se pueda mantener, bueno pues la falta de formación, no solamente la formación abarca o comprende lo que es un cambio de pañales, una movilización, aprender todo eso, no, sino la responsabilidad de la auxiliar a la hora de realizar su trabajo; responsabilidad a la hora de hacerle una comida adecuada al usuario, si tú [...] y sabes que no puede comer unas judías con chorizo, por ejemplo...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 40

“... Sí, o sea bueno, por supuesto respeto nos merecemos todos, tratarlos a ellos y ellos a nosotros, pero con la suficiente sensibilidad yo no veo, o sea que las personas que estamos ahí trabajando se formen o nos formen para que el trato sea lo más humano y lo más digno posible. Yo veo de todo. Y yo soy la primera que estoy aprendiendo con el transcurso de los años y con la experiencia que tengo. Entonces, yo aprecio que hay muchas carencias afectivas, en ellos, entonces que necesitan mucha ternura, que necesitan cariño y tal, entonces yo no puedo estar ignorando a esta persona, no dedicarle ni un minuto sabiendo que eso le va a producir más inseguridad, más ansiedad, más depresión, bueno no sé, no sé si me explico pero...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 12

La motivación profesional

Es un factor que también influye de forma muy directa en las posibles conductas negligentes o abusivas. Se ha visto en el primer capítulo, cómo se ha

producido el desembarco de muchos profesionales al mundo asistencial de la población mayor, y la casualidad, o el que este trabajo haya sido la única opción laboral, es demasiado frecuente. Esta realidad se cita expresamente como origen de una actitud no precisamente positiva ante el trabajo, y, por tanto, ante el sujeto sobre el que centra el trabajo, no contribuyendo, precisamente, al ejercicio de buenas prácticas profesionales.

“... Tiene que ver en hacer algo que te gusta, porque entre otras cosas si haces algo que te gusta, tú mismo sigues formándote porque sigues interesado... claro estamos hablando de niveles, a lo mejor si hablamos de auxiliar y de cuidadores, no hacen eso, no lo sé ... y en los niveles más bajos yo creo que se da más eso porque no han podido elegir tanto, y últimamente a toda la gente que entra por muchísimos cursos a los auxiliares de clínica y de ¿cómo llaman?

... Gerocultores.

... Y ahí, por lo menos yo lo que conozco, entra la gente que ni tiene formación y que hacen eso porque es eso lo que toca, no porque a ellos les guste hacer eso...”

**R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día;
pág. 32**

Voluntarismo-Profesionalidad

Como síntesis de las dos causas anteriores, surge el tema del papel que juega “la buena voluntad” del profesional, es decir el trato y actividad basados en valores como la buena voluntad, el cariño, la generosidad, el ponerse en el papel del atendido... Entre los profesionales de menor formación este voluntarismo, también llamado “vocación” emulando a la terminología religiosa, se considera como una pauta adecuada y deseable de comportamiento, mientras que los profesionales más formados no sólo la critican, sino que la observan como posible causa de atención incorrecta, ya que estos términos encierran una concepción de la población mayor basada en la “caridad” y/o el “voluntarismo”, y no en el respeto a sus derechos. **La profesionalidad y la empatía son conceptos que se acercan más a una actitud profesional adecuada; ambos están también ligados a un correcto reconocimiento social y laboral del trabajo que se desarrolla con la población mayor.**

“... Coincidiendo contigo en que tenga profesionalidad, formación y todo lo que tú quieras, si tiene la empatía, la predisposición, lo que sí que está claro es que ese trato, ese trato directo que en cualquier relación interpersonal también es importante...”

... No, perdón, el buen trato, la buena relación no es un tema de empatía, es un tema de profesionalidad...

... Pero es que el tener empatía en el trabajo es una condición indispensable para cualquier profesional...”

R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día; pág. 37

“... y luego que hay también, que hay muy poco de vocación y no vocación. En esta sociedad de consumo que tenemos tan terrible y de cómo está la sociedad, podemos ser muy buenos y monjas ahí no hay muchas, eh, y habrá monjas buenas y monjas menos y tal, en esta sociedad nuestra el trabajo que se reconoce es el que se paga, decentemente, porque puede ser una cosa muy vocacional, tú vas de meritorio a un sitio pero hay mucha gente explotada también a nivel de residencias, auxiliares... enfermeros...”

... Ese es otro punto a tener en cuenta.

... y el personal sanitario, médicos igual...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 63

4.2. RELACIONADAS CON LA PROFESIÓN

Enlazando con el apartado anterior, la insatisfacción profesional con la actividad que se desarrolla está ligada a fenómenos tales como la falta de motivación, el cansancio por ejercer la misma profesión durante muchos años, las condiciones laborales duras, los salarios bajos, la intercambiabilidad de los profesionales/falta de especificidad en los contenidos de los puestos de trabajo, y un largo etcétera. El fenómeno de la insatisfacción laboral, como resultado de sufrir algunas de esas situaciones, se produce principalmente, pero no exclusivamente, entre los profesionales de una menor categoría profesional, y pueden ser la causa de conductas negligentes o abusivas.

“... Lo mal recompensado que está.

... Los salarios que hay, la explotación que hay porque no dejan de ser negocios...

... Independientemente de lo profesional que sea cada uno y de que uno pueda ir gratis, como las monjas que lo hacen gratis.

El trabajo en esta sociedad, el que se reconoce es el que se paga, ¿o no?, ¿o quién hace gratis las cosas, a ver, quién trabaja gratis?..."

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; págs. 63 y 67

Las circunstancias profesionales que pueden originar conductas reprobables, tienen que ver con distintos aspectos profesionales/laborales muy interrelacionados, y no siempre disociables. Entre ellos, y con carácter general para todos los profesionales de las distintas categorías y de los diferentes tipos de atención, podemos señalar:

La dureza del trabajo

Todos los profesionales consideran que el trabajo con personas mayores es difícil. Es un trabajo que se percibe como duro, no sólo físicamente, sino también en el terreno psicológico. No obstante, la mayor dureza, por el esfuerzo físico que requiere, se produce principalmente en los trabajadores de categorías inferiores. En categorías superiores, la dureza puede tener una acepción más cercana a la carencia de interés profesional, o de consideraciones sobre la idiosincrasia de la población mayor. En cualquier caso, estas circunstancias generan, en quien las sufre, una presión que, en determinados momentos, puede llevarles a no atender a la persona mayor de manera correcta. El cansancio profesional, que algunas personas manifiestan de manera reiterada, está ligado posiblemente a estas especiales características laborales.

"... De todas maneras yo creo que hay que contar también que el sector para el que trabajamos, la población mayor es una población con una personalidad muy especial y con unas características muy especiales, ¿no? Y lógicamente pues se dan negligencias, entendidas como tú estás diciendo, que no lo entendemos de esa manera, pero sí a una dejación o una superación en cuanto a acción en grado superlativo, pues como consecuencia del queme profesional..."

R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día; pág. 28

Es destacable, dentro de la dureza del trabajo, el trato inadecuado que, en ocasiones, reciben los profesionales de las personas mayores, desde el exceso de exigencias, infravaloración de su trabajo, hasta los insultos o agresiones. Para superar adecuadamente esta realidad, enmarcarla en su justo término, y que no revierta en negligencia, abuso o maltrato, se precisa probablemente una gran formación y profesionalidad.

“... y luego te encuentras al típico abuelo con muy mal genio, que todo lo que le hagan le sienta mal, muy mal, que no te valora, que para él no eres nada...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 12

Problemas relacionados con la indefinición de los contenidos laborales

Los problemas relacionados con la excesiva compartimentación de los contenidos laborales de las distintas categorías profesionales, o, en el extremo opuesto, la excesiva intercambiabilidad de los profesionales, están también en el origen de conductas negligentes o abusivas. A menor categoría profesional, mayor intercambiabilidad de funciones laborales, y, si el ámbito es privado, este problema se agudiza aún más.

Por el contrario, en el ámbito público hay una mayor diferenciación, excesiva para algunos profesionales, que ven en esta falta de flexibilidad y excesiva burocratización de las funciones el origen de posibles negligencias, atribuibles más a la institución que al profesional. Por un lado, probablemente la ética profesional sería el argumento para flexibilizar, allí dónde los trabajos tienen contenidos excesivamente estancos, y se dejan de hacer cosas porque no forman parte del cometido de quien, en un determinado momento, está atendiendo al mayor; y, en el otro extremo, allí donde todo el mundo vale para hacer de todo, se debería imponer la legalidad y vigilar su cumplimiento.

“... En el convenio están auxiliares de clínica o de enfermería y limpiadora, que es una categoría por debajo, ¿no?, una es la D o la C y el otro es el C, entonces hay una diferencia en el sueldo pero en el nivel de funciones no hay diferencia, con lo cual la limpiadora se supone, es que el convenio es un poco antiguo, que debería limpiar las instalaciones, ¿no?, y la auxiliar dedicarse al residente, pero a la hora de la verdad las funciones se mezclan.

¿ESO OCURRE EN LAS PÚBLICAS TAMBIÉN?

... No.

... No.

....

... Porque hay mucho compartimento estanco, cada persona tiene una función y siempre surgen cosas y son difícilmente encuadrables pero que son necesidades y situaciones que hay que cubrir, entonces se pasan mucho la pelota a ver a qué profesional le corresponde. O sea que quizás en las administraciones están demasiado definidas las funciones, que debería de haber una polivalencia más, una polivalencia...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 30

Corporativismo

Las negligencias o abusos que tienen que ver con no denunciar, no llamar la atención, no advertir de conductas negativas de otros profesionales, están muy ligadas al excesivo corporativismo profesional. En el ámbito sanitario este corporativismo es tradicional, y ampliamente percibido por el conjunto de la sociedad; parecería como si el ámbito de la atención social se hubiera “contagiado”, y pretendiera estar a la altura del sanitario, en un aspecto profesional que podrá tener ventajas para los trabajadores, pero no para la población receptora de sus servicios.

“... Hay mucho corporativismo y eso no lo hacemos. O sea nosotros no denunciemos, no vamos al director, vemos cosas, como mucho entre los que tenemos confianza podemos comentar algo, pero no vamos a..., pienso que no actuamos. En ese sentido no estamos en el listón de ser, por lo que sea, por miedos, porque pensamos: no, si no queremos que le hagan daño a este compañero o a esta compañera, y no lo hacemos. Yo creo que todos callamos. No sé, yo creo que en general.

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 53

A estos factores, que comparten en una u otra medida el conjunto de los profesionales, se añaden otros que afectan de manera más específica a los tra-

bajadores de menor categoría profesional, los auxiliares de atención domiciliaria, auxiliares de clínica y cuidadores:

Falta de reconocimiento del trabajo

Los profesionales de menor categoría profesional perciben una falta de reconocimiento de su trabajo, no sólo por el conjunto de la sociedad (hecho que ocurre con el conjunto del trabajo profesional con mayores), sino también por parte de los directivos de los servicios; este escaso reconocimiento dentro de su propio ámbito laboral, acrecienta la desmotivación para un correcto desarrollo de sus tareas, con el consiguiente deterioro de la atención de las personas mayores a su cargo.

“... A nivel de los mandos, de los altos cargos, no reconocen tu trabajo, ya te vas quemando, y esa quemazón que tú vas teniendo es lo que te va quitando profesionalidad, humanismo. Como no está reconocido tu trabajo, tú te vuelcas, y yo reconozco que si yo quiero hacerlo bien con el abuelo no tengo que pensar en que me lo reconozcan, pero oye a nadie le amarga un dulce. Y yo digo siempre, oye si yo fuera empresario a mí me gustaría tener a los trabajadores contentos, porque pienso que rinden de otra manera. Y nosotros allí, hagamos lo que hagamos, nunca nos lo reconocen; es la buena voluntad que tú le pongas...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria; pág. 44

Desprestigio profesional

Muy ligado al anterior, este aspecto es compartido por las categorías profesionales más bajas, especialmente por los auxiliares de atención a domicilio. Es muy contradictorio que el discurso institucional dominante, se desarrolle en torno a centrar e incrementar los esfuerzos del futuro inmediato en la asistencia domiciliaria, mientras que para desarrollar este trabajo no se cuente con personas formadas, motivadas, adecuadamente pagadas y socialmente reconocidas. Dejar el futuro de la atención de la población mayor en manos de un colectivo profesional, al que no se cuida ni se respeta institucionalmente, significa, cuanto menos, correr el riesgo de que se produzcan todo tipo de irregularidades en las conductas.

Todo esto podría aplicarse también a los auxiliares de clínica y cuidadores, la única salvedad es que el trabajo de estos últimos está más institucionalizado, y por tanto “vigilado” en el sentido más bondadoso del concepto, mientras que en la ayuda a domicilio, que es la que más sufre en cuanto a la concreción y organización de contenidos, el problema se agudiza en la medida en que el trabajo se desarrolla en casa de la persona mayor, y, por tanto, sin más control que el “autocontrol”.

“... Es el programa de ayuda a domicilio es un recurso que vale para todo.

... En servicios sociales, cuando, ellos seguramente, como profesionales, vean la necesidad de esa persona, pero como no hay, no hay para ellos, pues qué ocurre, vamos a cubrir con la ayuda a domicilio. La ayuda a domicilio sí porque es una empresa que está suscrita a unas determinadas obligaciones y tiene, no le queda más remedio, que mandar una auxiliar ahí. Entonces qué ocurre, pues que la ayuda a domicilio vale para todo...

...

... Volvemos a lo del chacheo, y es algo que a mí mucha gente me dice, que por qué yo, teniendo mi título de auxiliar de clínica estoy trabajando en ayuda a domicilio y no estoy en una residencia o en un hospital, como una señorita. Eso no lo entienden, y tener que estar limpiando. Esa parte de tener que estar limpiando es la que sigue desacreditando al auxiliar de ayuda a domicilio y no se le ve como a una auxiliar, se le ve como a la chacha...”

**R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de atención domiciliaria;
págs. 65, 66 y 81**

Bajos salarios

Ligados al desprestigio y a la inespecificidad, los trabajos de las categorías profesionales más bajas tienen asignados salarios bajos, que agudizan la falta identidad profesional.

Descontento laboral

Las condiciones poco satisfactorias en las que estos profesionales desarrollan su trabajo, se transforma en un descontento que tiñe frecuentemente los dis-

cursos, y que revierte negativamente en los destinatarios de su dedicación laboral. A lo largo de los distintos discursos aparece la insatisfacción laboral, la desmotivación y el desánimo, como señas de identidad de los profesionales de las categorías más elementales.

“... Influye también la satisfacción laboral de las personas que están allí trabajando, si realmente están quemadas, si se sienten defraudados por la Administración o por quien sea. Entonces, pues, desgraciadamente se refleja en el trato al anciano y a la persona mayor, que no tendría que ser así pero como somos personas, pues sí, que se llega a transmitir, y uno pues está menos motivado en el trabajo, yo ahí por lo menos veo mucho síndrome del Burnt, el quemado, entonces muchas veces estamos siendo negligentes porque esa persona no tiene la culpa de que yo me sienta mal pagado, que no esté valorada, para ejercer un trato que no es el más correcto...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs. 18 y 19

4.3. RELACIONADAS CON FACTORES INSTITUCIONALES

Por último, en este apartado se trata de analizar las causas que pueden estar en el origen de las conductas negligentes y abusivas, ligadas a la organización institucional de la atención, y no al profesional o al trabajo. Se incide de manera especial en este tipo de factores institucionales, otorgándoles la categoría de estar en el origen último de que se produzcan conductas negligentes o abusivas. En este sentido, se hace un recorrido en el que se enumeran aspectos como la filosofía o planteamientos políticos, que constituyen el fundamento de la organización de la atención de las personas mayores, la mala gestión institucional, la falta de recursos humanos y materiales, la no especialización de los recursos existentes y otros más relacionados con servicios específicos. Estos problemas generan condiciones de precariedad globalmente considerada, así como situaciones concretas en los ámbitos de trabajo, que repercuten directamente en la labor del profesional, en su motivación profesional, en su formación, y, como consecuencia, en las posibles actuaciones de negligencia, abuso o maltrato.

Los factores institucionales más significativos en cuanto a su repercusión en la globalidad del sistema de atención a las personas mayores, son los referidos **a los problemas estructurales de los servicios que se prestan:**

Falta de recursos

Se ha insistido una y otra vez a lo largo de estas páginas, en **que la escasez de recursos públicos, puestos al servicio de la atención a la población mayor, supone no disponer de los mecanismos para desarrollar la defensa de su derecho a recibir la atención que precisan, y en las condiciones adecuadas.** En concreto, la falta de recursos afecta a lo siguiente:

- A la escasez de plazas en residencias públicas y privadas concertadas, y en centros de día.
- A la escasez de centros sanitarios que respondan a las necesidades de la población mayor (centros de estancias medias/largas, etc.).
- A la falta de plazas geriátricas en hospitales.
- A la escasez de profesionales formados y especializados en geriatría y gerontología, en todos los ámbitos, públicos, privados, hospitalarios y de atención social. Con especial referencia a médicos geriatras (MIR).
- A la falta de accesibilidad a instrumentos/aparatos que faciliten la atención sanitaria al mayor en los hospitales.

“... los enfermos cuando llegan al hospital de agudos, muchas veces, entre comillas, el informe lo hace una administrativa o auxiliar de la residencia, porque no había un sanitario en aquel momento, y traen la medicación mal escrita porque lo ha escrito una auxiliar, una administrativa, ni siquiera un sanitario...”

... me refería al sistema, hay pocos recursos sanitarios de profesionales. Poca enfermería, poca medicina. Hay auxiliar, limpiadora, lo que quieras...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 16 y 17

“... Vamos a ver, a mí no me importa que ponga que aquí tiene que haber no sé cuantas personas por tantos abuelos que hay, ¿no os estáis dando cuenta que lo esencial es que no hay?...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica y cuidadores; pág. 41

“... dar más ayuda a domicilio, más responsabilidad, más vigilancia...”

... Pero están dando con cuentagotas la asistencia a domicilio...

... Lo importante es la falta de recursos, que es lo que tú decías, si según la Junta de Castilla y León tiene que haber cinco personas, hay cinco personas cualificadas y quince que no, y quince están haciendo el mismo trabajo que esas cinco. Es falta de recursos.

... Y vigilancia de esos recursos...”

R. G. Nº 3; Béjar; todo tipo de profesionales; pág. 77

Deficiencias en la gestión de los servicios

A la insuficiencia de recursos, hay que añadir algunas deficiencias en la gestión de los que existen; estas deficiencias redundan también en facilitar la posibilidad de que se produzcan conductas negligentes:

- Se detecta **una falta de especialización en la gerencia de los centros asistenciales**, principalmente en los centros privados. Las especiales características de la población mayor motiva la conveniencia de que la dirección/gerencia de los centros conozca sus necesidades específicas, y sea sensible a ellas. Cuanta menos formación gerontológica tenga la cúpula jerárquica, menor capacidad de exigencia y vigilancia para detectar conductas negligentes y abusivas en el resto de la pirámide profesional.
- **Mala gestión de los recursos dedicados, en concreto, a la ayuda a domicilio.** La generalización de la privatización de este servicio, ha generado situaciones de inadecuación de los servicios a las necesidades reales de los beneficiarios; como ejemplo de ello se esgrime el argumento de que prima más la cantidad de beneficiarios que la calidad de la ayuda, porque las empresas que gestionan el servicio cobran de la Administración por “cantidad” de beneficiarios; este hecho ocasiona una

falta de control de la calidad del contenido de la ayuda que se ofrece a cada beneficiario.

- **La improvisación en la coordinación y planificación de la previsión de necesidad de personal** genera que los profesionales que ocupan los puestos de trabajo, principalmente en las categorías inferiores, pero no sólo en ellas, tengan un nivel insuficiente de formación y de especialización.

“... hay gente con Alzheimer que vive absolutamente sola y los servicios sociales no hacen nada ... cuando nosotras que somos auxiliares estamos viendo todas las personas que perfectamente pueden estar solas con una teleasistencia, una persona puede estar con 70 u 80 años bien, aunque le duelan los huesos, que nos duelen a casi todos, ¿no?... y todo ese dinero que se está gastando en que tenga auxiliar de ayuda a domicilio que no necesita, pues de vez en cuando se le manda para que le haga un poquito más, y que luego, es que están solos, completamente solos. Todo el dinero que sale de servicios sociales, Dios mío, y la gente está sola y muere sola...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de ayuda a domicilio; pág. 70

“... Lo que quiero decir que si el Ayuntamiento no pide ningún tipo de currículum para ver si has trabajado, porque a lo mejor llevas toda la vida trabajando, o has estado cuidando a tu madre y ya tienes un poco de práctica ¿no? ... hay gente, y la conocemos todo el mundo, en la calle y no en la calle, trabajando en este trabajo que no tiene, ni siquiera sabe leer ni escribir, porque yo me he encontrado con personas, y hay quien está trabajando. Y en una casa en concreto, una persona, no hablo de extranjera, era española, por si os vais a ir por otro lado que no va por ahí, porque estaba yo en ese momento, le dio una lipotimia al señor y si yo no estoy ahí ese señor le da una cosa más gorda, no sabía ni marcar el teléfono. Entonces eso me parece una negligencia...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de ayuda a domicilio; pág. 43

4.4. FACTORES DE RIESGO EN LA NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO, SEGÚN CATEGORÍAS PROFESIONALES

El conjunto de causas descritas en los tres apartados anteriores, constituyen posibles vías que facilitan el riesgo de actuar con negligencia o abuso, en general, en el conjunto de profesionales, independientemente de la categoría y del

tipo de trabajo y el ámbito donde desarrollen en la atención a los mayores. No obstante, unos factores tienen mayor o menor incidencia en unos u otros tipos de profesionales, de manera que podemos establecer algunas diferencias.

- En los profesionales con mayor formación académica en el ámbito sanitario, médicos, ATS, fisioterapeutas, inciden especialmente:
 - Atribuibles al propio profesional:
 - La falta de formación específica en geriatría.
 - La dedicación profesional a la atención de las personas mayores por razones fortuitas.
 - Propias del ejercicio profesional:
 - El corporativismo como elemento que impide la denuncia de situaciones de negligencia, abandono o maltrato.
 - Atribuibles a las instituciones y entidades de atención a la población mayor:
 - La escasez de la geriatría como especialidad médica (MIR), y falta de plantas geriátricas en hospitales.
 - Escasez de profesionales en el conjunto del sistema sanitario.
- Profesionales con mayor formación académica en el ámbito de atención social, psicólogos, terapeutas ocupacionales:
 - Atribuibles al propio profesional:
 - La falta de especialización en gerontología.
 - La dedicación profesional a la población mayor por razones fortuitas.
 - Propias del ejercicio profesional:
 - La poca especificidad del contenido de su trabajo en el entorno concreto de las residencias y centros de día.
 - El corporativismo como elemento que impide la denuncia de conductas negligentes o abusivas.

- Atribuibles a las instituciones y entidades de atención a la población mayor:
 - Gerencias poco profesionalizadas que desvirtúan las funciones del profesional.
 - Escasez de profesionales en el conjunto del sistema de atención social.
- Profesionales con menor nivel de formación en el ámbito sociosanitario: auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:
 - Atribuibles a los propios profesionales:
 - Deficiente formación básica y especialización rápida e incompleta en gerontología.
 - La dedicación profesional al mundo del mayor por razones fortuitas.
 - Propias del ejercicio profesional:
 - La dureza del trabajo, que en su caso es tanto física como psíquica y afectiva.
 - La falta de reconocimiento profesional de su trabajo.
 - Desprestigio social.
 - Los bajos sueldos.
 - La desmotivación y cansancio profesional.
 - Atribuibles a las instituciones y entidades de atención a la población mayor:
 - La falta de recursos humanos recae en la sobrecarga de los profesionales, muy especialmente en estas categorías.
 - La falta de recursos materiales.
 - La escasa exigencia por parte de las instituciones para la contratación de personal de estas categorías.
 - La inadecuada organización y gestión de los recursos disponibles, principalmente en la ayuda a domicilio.

5. CORRELACIÓN ENTRE GRUPO DE RIESGO, TIPOLOGÍA PROFESIONAL Y CATEGORÍA DE LA NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

Como síntesis de los capítulos 3 y 4, se establece en este capítulo la relación entre grupo de riesgo → tipología profesional que más incide en el grupo de riesgo → categoría de conducta no deseable más frecuente.

GRUPO DE RIESGO I: Cualquier persona mayor en el ámbito sanitario, especialmente en el hospitalario

Cualquier persona mayor ingresada en un centro hospitalario es muy vulnerable, porque su fragilidad sufre desequilibrios importantes. Las posibles conductas no deseables que puede sufrir son las siguientes:

- **Negligencias por médicos:**
 - Omisión de valoraciones globales sobre su estado general, más allá de las estrictamente relacionadas con la enfermedad origen de su ingreso hospitalario.
 - No prestar la suficiente atención médica.
- **Negligencias por profesionales de enfermería y por auxiliares de clínica:**
 - Utilización indebida de medios de contención/inmovilización.
 - Utilización innecesaria de pañales.
 - No hacer los necesarios cambios posturales.
 - No cambiar los pañales con la frecuencia necesaria.
 - No vigilar la ingesta de alimentación adecuada.

- **No hacer las curas con la periodicidad necesaria:**
 - No prestar la suficiente atención al estado general físico y psicológico.
- **Abuso por médicos:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a su intimidad.
 - Negación de tratamientos caros/sofisticados.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de los profesionales de enfermería y auxiliares de clínica:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a la intimidad.
 - Exigir de las personas mayores unas actuaciones que van más allá de lo que pueden hacer por sí mismos.
 - Incumplimiento de las normas de atención y control.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

GRUPO DE RIESGO II: Las personas mayores que sufren procesos de deterioro cognitivo y residen en residencias públicas o privadas

La discapacidad psíquica o cognitiva genera, además de una dependencia casi total, una ausencia de la capacidad de discernir, de valorar, el trato que se recibe de los cuidadores; esto hace muy vulnerables a las personas mayores que padecen esta discapacidad. Posiblemente los primeros estadios del proceso sean los de mayor riesgo, ya que todavía pueden conservar una cierta capacidad de discernimiento, y por tanto de sufrimiento e impotencia.

- **Negligencias por médicos:**
 - No prestar la atención médica suficiente.
- **Negligencias de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:**
 - No prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico.
 - Dejadez en la aplicación de tratamientos que potencien adecuadamente la autonomía personal.
 - No hacer el caso suficiente, teniendo en cuenta su estado psíquico, a quienes todavía no sufren un deterioro profundo.
 - Derivar la atención hacia las familias más que a las propias personas mayores (trabajadores sociales).
- **Negligencias por personal de enfermería, auxiliares de clínica y cuidadores:**
 - Utilización indebida de medios de contención/inmovilización.
 - Utilización innecesaria de pañales.
 - No cambiar los pañales con la frecuencia necesaria.
 - No vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada.
 - No vigilar la ingesta de medicación prescrita.
 - No prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico.
- **Abuso de médicos:**
 - Tendencia a derivar al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria.
 - Prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor.
 - Prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes.

- No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:**
 - No potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica y cuidadores:**
 - Falta de respeto a la intimidad.
 - Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control.
 - Dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

GRUPO DE RIESGO III: Las personas mayores en situación de dependencia física, en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas

La dependencia física está en relación directa con el incremento de la vulnerabilidad. Las personas mayores dependientes en cualquier ámbito configuran este tercer grupo de riesgo, y pueden ser objeto de las siguientes conductas negligentes y abusivas:

- **Negligencia de médicos:**
 - No controlar la prescripción de medicamentos.
 - No prestar suficiente atención médica.
 - No valorar globalmente su salud.

- **Negligencias de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:**
 - Dejadéz profesional cuando se observan conductas negligentes de otros profesionales, por ejemplo la excesiva utilización de medios de contención / inmovilización.
 - Incumplimiento de tratamientos, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible la dependencia total.
 - No atender suficientemente su estado global, sus sentimientos de soledad o desvalimiento psíquico.
- **Negligencias de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:**
 - Utilización indebida de medios de contención / inmovilización.
 - Utilización indebida de pañales.
 - No hacer los necesario cambios posturales.
 - No cambiar pañales con la frecuencia necesaria.
 - No vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada.
 - No vigilar la ingesta de medicación prescrita.
 - No hacer las curas con la periodicidad necesaria.
 - No tener en cuenta en el trato la situación global de la persona mayor, incluyendo su estado psíquico, sus sentimientos.
- **Abuso de médicos:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a sus opiniones / abuso de poder.
 - Falta de respeto a su intimidad.
 - Tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria.
 - Prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor.

- Prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes.
- No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder.
 - No potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a su opiniones/abuso de poder.
 - Falta de respeto a su intimidad.
 - Abusar de las capacidades de las personas mayores para facilitar su trabajo.
 - Incumplimiento de horarios laborales (auxiliares de atención domiciliaria).
 - Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control.
 - Dejadez en el desarrollo del trabajo.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

GRUPO DE RIESGO IV: Cualquier persona mayor que reciba servicios sociosanitarios y que se caracterice por tener una personalidad/carácter frágil (dócil, conformista), en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas

- **Negligencia de médicos:**
 - No controlar la prescripción de medicamentos.
 - No prestar suficiente atención médica.
 - No valorar globalmente su salud.
- **Negligencia de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:**
 - Incumplimiento de tratamientos, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible los procesos de dependencia.
 - No atender suficientemente el estado global, sus sentimientos de soledad o desvalimiento psíquico.
- **Negligencia de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:**
 - No vigilar y fomentar la higiene y la movilidad.
 - Utilización innecesaria de pañales.
 - No vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada.
 - No vigilar la ingesta de la medicación prescrita.
 - No fomentar suficientemente su autonomía por comodidad.
 - No hacer caso a su estado anímico.
- **Abuso de médicos:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a su opiniones/abuso de poder.
 - Falta de respeto a la intimidad.

- Tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada, y no siempre necesaria.
 - La prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes.
 - La prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder.
 - No potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores, y auxiliares de atención domiciliaria:**
 - Infantilización del trato.
 - Falta de respeto a su opiniones/abuso de poder/abuso de su carácter.
 - Falta de respeto a su intimidad.
 - Abuso de sus capacidades por propia comodidad.
 - Incumplimiento de horarios laborales (auxiliares de atención domiciliaria).
 - Incumplimiento de las normas de atención y control.
 - Dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo.
 - No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

6. SOLUCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEGLIGENCIA Y EL ABUSO

Desde el análisis de las causas que originan las conductas negligentes y abusivas, es posible establecer algunas medidas que ayudarían a prevenirlas y evitarlas. La gran mayoría de las soluciones son aportadas por los mismos profesionales, a lo largo de la reflexión que se produce en los debates. A continuación se enumeran estas medidas, en función del origen de las causas que generan las conductas negligentes y abusivas (capítulo III.4).

SOLUCIONES DESDE LOS PROFESIONALES

- Acceder a los puestos de trabajo con una mejor formación geriátrica y/o gerontológica, entendiendo que la dedicación a la población mayor es una profesión que requiere de conocimientos específicos, y una especialización permanente.
- La profesionalidad es imprescindible, del mismo modo que lo es para el ejercicio de cualquier otro trabajo, pero además es imprescindible tener una especial empatía con las personas mayores, similar a la que requiere el trabajo con niños o cualesquiera otros grupos específicos de población.
- Ligado a la profesionalidad y a la empatía, es importante tener una motivación para llegar a la dedicación a la atención de las personas mayores, evitando acceder por razones fortuitas, inesperadas e incluso no deseadas.

“... [la formación] es uno de los índices de calidad, ¿eh? Pero es que es el primero que no se cumple. O sea pretenden que tengamos unos índices de calidad y entre ellos ponen la formación de los que están trabajando allí, y ese es el primero que no se cumple...”

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; pág. 38

“... Un buen profesional es que aparte de sus conocimientos técnicos, de su práctica propiamente médica, pues tiene empatía, agrada a la persona, le escucha, etc., etc., es la gran diferencia. Yo no necesito un médico en la residencia que sea un premio Nobel, lo mismo para mí es un desastre...”

**R. G. Nº 7; Madrid; directores de residencias y centros de día;
pág. 40**

SOLUCIONES DESDE LA PROFESIÓN

- La coordinación entre los profesionales es indispensable, ya que en la atención global al mayor inciden múltiples factores. En ello insisten muy especialmente los médicos geriatras que han participado en los grupos de discusión. Los PADES en Cataluña pueden ser un ejemplo de por dónde ir en el futuro inmediato.
- La creación de protocolos concretos y claros de actuaciones, en cada nivel profesional para evitar, tanto la indefinición de contenidos y la intercambiabilidad de profesionales, como la excesiva rigidez que incide en el descontrol de la atención.
- Evitar el corporativismo profesional a la hora de proceder a advertir a quien corresponda, de las conductas negligentes o abusivas de los compañeros de profesión; se está jugando con la salud y el bienestar de una población frágil, vulnerable y desprovista elementos propios para su autodefensa.
- Fomentar y transmitir, desde la dirección de las instituciones sociosanitarias, el reconocimiento al trabajo de la atención a la población mayor.

“... Yo creo que deberíamos mejorar en la línea que decía ella, lo que es la toma de decisiones, ¿no?, o sea valoramos personas, no valoramos el DNI, valoramos unas personas en función de lo que hacen, de lo que son, de cómo funcionan, de cómo se relacionan, de cómo interactúan, ¿no? Y partir de ahí sí que debemos tomar decisiones coherentes...”

... El tema de la separación entre primaria y hospital...

... Iba por ahí...

... Tenemos muchas cosas que mejorar de comunicación entre nosotros...

... Sí.

... Todos, ¿eh?

... Pero no depende de nosotros.

... No.

... Depende del sistema.

... Claro.

... No, no.

... El sistema desde luego no nos deja.

... No nos deja comunicarnos con la primaria.

... El sistema nos lo debe facilitar...”

R. G. Nº 1; Barcelona; médicos; págs. 45 y 46

“... Yo creo que más información, más coordinación entre compañeros.

... Concienciar a la gente.

...

... en cuanto a cómo hacerlo, pues yo creo que la especialización es el mejor camino, y sobre todo trabajar en geriatría es multidisciplinar, que no se puede pensar, trabajar, ni la enfermera va a salvar al anciano, ni lo va a salvar el médico, ni lo va a salvar un fisioterapeuta, ni un terapeuta ocupacional, sino un equipo multidisciplinar...”

R. G. Nº 4; Santander; ATS, fisioterapeutas; págs. 55 y 57

SOLUCIONES INSTITUCIONALES

- Resolver la escasez de recursos públicos destinados a la atención de la población mayor, muy concretamente los destinados a la atención en el domicilio, las plazas en centros de día y residencias asequibles, las plazas hospitalarias especializadas en geriatría y centros hospitalarios especializados en media y larga estancia de personas mayores. Es importante atender la escasez de profesionales formados y especializados a todos los niveles; desde médicos a auxiliares de atención domiciliaria, es necesario fomentar la especialización en geriatría y gerontología; especialmente relevante, en la cúspide profesional, es el incidir en la especialidad MIR en geriatría.

“... Sí, igual que haces una FP para hacerte auxiliar de clínica, hacer una FP para auxiliar de ayuda a domicilio, porque tienes una responsabilidad o más, porque no tienes ninguna enfermera, ningún médico que te esté diciendo lo que tienes que hacer para estar cuidando a una persona...”

R. G. Nº 5; Madrid; auxiliares de ayuda a domicilio; pág. 77

- Vigilar y controlar el cumplimiento de la legalidad, en la creación y mantenimiento de centros de atención sociosanitaria privados.
- Crear un censo, por municipios o barrios, que recoja a la población mayor, su situación personal, las necesidades de cada persona, los servicios que ésta utiliza y la oportunidad de los mismos. Este censo serviría de instrumento para llevar a cabo una mejor planificación de los recursos, y adecuar a cada circunstancia los servicios de atención a cada persona mayor. Se trata de un instrumento más, que permita planificar y organizar los recursos escasos a las necesidades reales.

“... Primero teniendo un censo. Eso sería primordial.

... Un censo.

... Un censo de las personas mayores, ver los que pueden estar solos y vivir independientes aunque una persona x horas al día fuera, si te puedes valer bien pues por semanas a ver cómo está, si necesita algo, por si necesita que le arreglen papeles o lo que sea. Y luego, dependiendo del tipo de invalidez que tenga, pues que estuviesen más horas con él o que hicieran más hospitales geriátricos o centros geriátricos o lo que sea que estuvieran cubiertas sus necesidades. Pero por lo menos tener un censo para las personas que hay...”

R. G. Nº 2; Córdoba; auxiliares de clínica y cuidadores; pág. 47

- Fomentar y ampliar la existencia de indicadores de calidad. Se valora muy positivamente la práctica iniciada en las residencias públicas, de establecer y cumplimentar indicadores de calidad de los servicios, como una forma de control del adecuado cumplimiento de los protocolos.

“... Es que ahora se ha puesto una inspección, tienes que cumplir ciertos indicadores, hay un librito que son los indicadores de calidad para tanto centros de día como residencias.

... como por ejemplo sería...

... Por ejemplo confidencialidad e intimidad del residente, es un indicador. Hay indicadores tanto de...

... De atención al usuario, a la organización...

... Hace un año no había muchos protocolos, que se supone que según estos indicadores deberían de estarse cumpliendo tanto a nivel sanitario..., y estamos ahora confeccionándolos y haciéndolos, o sea que, que, que no... Estamos en ello..."

R. G. Nº 6; Alicante; trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales; págs 14, 15 y 16.

- Mejorar y profesionalizar la dirección / gerencia de los centros asistenciales y hospitalarios, para que desde estas instancias se conozca las especiales características de la población mayor.
- Elaborar políticas públicas de dignificación, y no de manipulación, de la población mayor, que transmita a quienes se dedican a la atención de las personas mayores desde cualquier instancia los valores profesionales y sociales de su trabajo.
- Establecer unos criterios claros y definidos para las exigencias de formación y especialización, en todos y cada uno de los niveles y categorías profesionales, para el acceso a los puestos de trabajo de atención socio-sanitaria.
- Poner en conocimiento de los profesionales en qué consisten las conductas negligentes y abusivas, como primera medida para que se conozcan y se puedan desvelar otras en el caso de que existan.
- Concienciar al conjunto de los profesionales de la gravedad de las conductas negligentes y abusivas, tengan o no consecuencias "visibles" en los mayores, y transmitir que, para su detección, es imprescindible evitar el corporativismo.

IV. SÍNTESIS

- La población mayor crece incesantemente, por su propia idiosincrasia es el grupo social más necesitado de atención sociosanitaria, y ante el que la sociedad española responde con profesionales que, a medida que tienen una mayor formación académica, tienen una menor especialización, y que en el aspecto en el que el mayor es más frágil, la salud, es también en el que se encuentra una menor especialización profesional. Otra característica que define al conjunto de los profesionales es la escasa motivación profesional para acceder a desempeñar su trabajo, siendo el azar, la casualidad, la oportunidad del mercado laboral, o en menor medida el compromiso social o religioso, los factores que intervienen en su dedicación a la población mayor.
- El trabajo con personas mayores carece del prestigio profesional y social, principalmente en las categorías profesionales más bajas, necesario para que quienes se dedican a ello se vean recompensados. El trabajo se caracteriza por la escasa especificidad de sus contenidos, hecho que genera una cierta “intercambiabilidad” de los trabajadores, y una opacidad en el cumplimiento de la legalidad en las instituciones privadas. En las categorías inferiores, la remuneración económica es baja, y lo habitual es que los recursos humanos sean insuficientes, por lo que la “carga de trabajo” es una sensación generalizada entre los profesionales de estas categorías.
- La percepción de la población mayor desde los profesionales, se eschifica en tres niveles:
 - Como grupo social con derechos que, aunque reconocidos legalmente, no siempre son protegidos y respetados en la práctica. Ejemplos de desprotección son los siguientes: no tener una plaza en

una institución sociosanitaria donde ser atendidos digna y adecuadamente; no tener una atención coordinada, especializada y de calidad. El conjunto de profesionales se consideran como “ejecutores” de la protección de los derechos.

- Como personas que forman parte de una familia, a la que los profesionales tienden a juzgar y culpabilizar de su desatención y de conductas abusivas hacia ellas. La familia “descarga” sus funciones en instituciones y profesionales, pero se entiende mal que la familia “vigile” cómo se desarrolla esa atención.
 - Como pacientes, como residentes, comportándose como personas sumisas, respetuosas, en actitud de agradecimiento. A mayor dependencia la actitud de sumisión y agradecimiento es más acusada, y al mismo tiempo más gratificante para quienes les atienden. Las actitudes más exigentes, y más rechazadas por los profesionales, son más frecuentes en las personas mayores que se consideran en una situación de fuerza para poder exigir más (se valen por sí mismos, pagan más, etc.).
- La conceptualización de los términos negligencia, abuso y maltrato no es fácil:
 - Negligencia se entiende como omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, que se comete intencionadamente o no, y que con frecuencia tiene consecuencias negativas para el mayor. Ejemplos de negligencia son: omitir una valoración global del paciente mayor, la utilización indebida de medios de contención/inmovilización, la utilización innecesaria de pañales, no hacer los cambios posturales necesarios, no hacer los cambios de pañales con la frecuencia necesaria, no vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada, no vigilar la ingesta de la medicación prescrita, no hacer las curas necesarias, ni con la frecuencia adecuada, no controlar la prescripción de medicamentos, o no prestar la atención médica suficiente al mayor.
 - Según el tipo de consecuencias que tenga sobre quien las sufre, cabe clasificar la negligencia en tres categorías:

- Las conductas negligentes que, relacionadas con la higiene, la movilidad o los cambios posturales, puedan provocar heridas de distinta índole, escaras, irritaciones, o bien atentar contra la dignidad de la persona mayor.
 - Las negligencias por incumplimiento de tratamientos, o la falta de dedicación adecuada para potenciar la salud y la autonomía personal, que desembocan o agravan innecesariamente los problemas de salud, las situaciones de incapacidad, incontinencia o dependencia.
 - La negligencia en el trato o en la atención, sin tener en cuenta los estados anímicos y psíquicos de la persona mayor, que inciden negativamente en su sentimiento de soledad o desvalimiento afectivo.
- El abuso se conceptualiza como una acción intencionada, que puede tener o no consecuencias negativas en quien la padece. En función del tipo de acción que encierran pueden establecerse tres categorías de abusos:
 - Los que tienen que ver con la falta de consideración hacia las personas mayores como maduras, capaces y con criterio propio:
 - Infantilización del trato.
 - La falta de respeto a sus opiniones desde el abuso de poder.
 - La falta de respeto a su intimidad.
 - Los que están ligadas a la salud del mayor:
 - La tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria.
 - La prescripción reiterada y no siempre justificada de medicamentos neurolépticos / tranquilizantes.
 - El negar explícita o implícitamente un tratamiento a una persona mayor, con el solo argumento de la edad.
 - La prescripción de medicamentos sin verle.

- Los actos de incumplimiento deliberado y continuo del reglamento interno de una institución o del protocolo:
 - Abusar de las capacidades de las personas mayores, por comodidad para el profesional.
 - Incumplir los horarios laborales.
 - Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control.
 - Dejadéz intencionada del desarrollo del trabajo con mayores.
- El maltrato se entiende como la acción intencionada cuyo fin es provocar daño físico o psíquico, y como tal se niega su existencia en las relaciones profesional-mayor; se asocia de manera significativa al entorno familiar o situaciones muy límites de residencias privadas. No obstante se aprecian algunas conductas, muy poco frecuentes, asimilables a lo que se llamaría maltrato psicológico (el trato despectivo reiterado que produzca sensación de inutilidad en el mayor). En la negación reiterada de la existencia de maltrato, basada fundamentalmente en la mayor dureza de la acción y sus consecuencias, subyace una traslación del maltrato al abuso, es decir, abuso y maltrato son, con toda probabilidad, la misma acción en la percepción de los profesionales.
- Las circunstancias más proclives a ocasionar conductas negligentes o abusivas están en relación con:
 - Las características del entorno socioeconómico: a mayor escasez de recursos mayor fragilidad y vulnerabilidad; las características sociales y personales del mayor; son más vulnerables los dependientes, los de carácter más dócil, menos exigentes y más comprensivos. Desde este prisma, la vulnerabilidad está ligada a lo siguiente:
 - El nivel de dependencia y falta de autonomía.
 - El nivel de conciencia sobre los derechos como persona mayor, y el conocimiento y la práctica en los mecanismos para defenderlos.
 - El carácter, su manera de ser.
 - Las habilidades sociales para relacionarse con el entorno.

- El nivel cultural.
 - Los recursos económicos.
 - La existencia de apoyos familiares.
 - Cómo estén cubiertas las necesidades afectivas.
- El tipo de situaciones/lugares donde se recibe atención; desde este prisma la vulnerabilidad está ligada a:
 - El acceso a los recursos especializados.
 - El lugar donde recibe la atención: residencias públicas o privadas e instituciones sanitarias.
 - Residir en el propio hogar, acudiendo a centros de día.
- El perfil de las personas mayores más vulnerables a recibir conductas negligentes o abusivas, es el siguiente, en orden decreciente:
 - En primer lugar cualquier persona mayor está muy expuesta a tratos negligentes y abusivos en los centros sanitarios, y muy especialmente en los hospitales.
 - En segundo lugar las personas mayores dependientes por problemas cognitivos y viviendo en residencias tanto públicas como privadas.
 - En tercer lugar las personas mayores dependientes por problemas de invalidez física, que residen en residencias públicas o privadas.
 - En cuarto lugar cualquier persona mayor que reciba servicios socio-sanitarios y que se caracterice por tener una personalidad frágil, en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas.
- Aunque en el origen último de algunas conductas negligentes se sitúa la consideración social general sobre la población mayor, que ejerce consciente o inconscientemente una presión e influencia sobre quienes trabajan con ella, las causas más directas están ligadas a factores personales de los propios profesionales, a factores relacionados con la profesión, y a factores institucionales.

- Los factores personales de los profesionales son los que se refieren a la mayor o menor experiencia personal, y a la bondad de la misma en el trato con personas mayores, al nivel de formación y especialización, a la motivación profesional y a la incidencia de valores tales como la profesionalidad, el voluntarismo o la empatía.
 - Los factores relativos a la profesión se refieren a aspectos como la dificultad o dureza del trabajo con personas mayores, a los problemas que se generan por la indefinición de los contenidos laborales en las distintas categorías profesionales, al corporativismo, al escaso reconocimiento profesional y social del trabajo, a su desprestigio profesional y a la desmotivación y descontento que producen los aspectos citados, y otros como los salarios bajos en las categorías profesionales más elementales.
 - Los relacionados con aspectos institucionales que están estrechamente ligados a la falta de recursos públicos, económicos y humanos, y a las deficiencias en la gestión de los servicios.
- Los factores de riesgo que inciden en unos u otros profesionales son los siguientes:
 - En quienes cuentan con mayor formación académica en el ámbito sanitario –médicos, ATS, fisioterapeutas–: la falta de especialización en geriatría, la dedicación a la atención de los mayores por razones fortuitas y circunstanciales, el corporativismo, la escasez de la geriatría como especialidad sanitaria, la falta de plantas geriátricas en hospitales y la escasez de profesionales en el conjunto del sistema sanitario.
 - En quienes cuentan con mayor formación académica en el ámbito de la atención social –psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales–: la falta de especialización gerontológica, la dedicación a la población mayor por razones fortuitas, la poca especificidad del contenido de su trabajo, el corporativismo, las gerencias de las instituciones que desvirtúan sus funciones profesionales y la escasez de profesionales en el conjunto del sistema de atención institucional.

- En los profesionales con menor nivel de formación en el ámbito socio-sanitario –auxiliares de clínica y de atención domiciliaria y cuidadores–: deficiente formación básica y especialización rápida e incompleta, la dedicación profesional a la población mayor por razones fortuitas, la dureza del trabajo tanto física como psíquica, la falta de reconocimiento profesional, el desprestigio social, los bajos sueldos, la desmotivación y el cansancio profesional.
- La correlación entre grupo de riesgo, tipología profesional y categoría de la negligencia es la siguiente:

GRUPO DE RIESGO I: Cualquier persona mayor en el ámbito sanitario, especialmente en el hospitalario

- **Negligencias por médicos:** Omisión de valoraciones globales sobre su estado general, más allá de las estrictamente relacionadas con la enfermedad origen de su ingreso hospitalario, y no prestar la suficiente atención médica.
- **Negligencias por profesionales de enfermería y por auxiliares de clínica:** Utilización indebida de medios de contención / inmovilización, utilización innecesaria de pañales, no hacer los necesarios cambios posturales, no cambiar los pañales con la frecuencia necesaria, no vigilar la ingesta de alimentación adecuada, no hacer las curas con la periodicidad necesaria y no prestar la suficiente atención al estado general físico y psicológico.
- **Abuso por médicos:** Infantilización del trato, falta de respeto a su intimidad, negación de tratamientos caros/sofisticados y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de los profesionales de enfermería y auxiliares de clínica:** Infantilización del trato, falta de respeto a la intimidad, exigir de las personas mayores unas actuaciones que van más allá de lo que pueden hacer por sí mismos, incumplimiento de las normas de atención y control y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

GRUPO DE RIESGO II: Las personas mayores que sufren procesos de deterioro cognitivo y residen en residencias públicas o privadas

- **Negligencias por médicos:** No prestar la atención médica suficiente.
- **Negligencias de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:** No prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico, dejadez en la aplicación de tratamientos que potencien adecuadamente la autonomía personal, no hacer el caso suficiente, teniendo en cuenta su estado psíquico, a quienes todavía no sufren un deterioro profundo y derivar la atención hacia las familias más que a las propias personas mayores (trabajadores sociales).
- **Negligencias por personal de enfermería, auxiliares de clínica y cuidadores:** Utilización indebida de medios de contención/inmovilización, utilización innecesaria de pañales, no cambiar los pañales con la frecuencia necesaria, no vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada, no vigilar la ingesta de medicación prescrita y no prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico.
- **Abuso de médicos:** Tendencia a derivar al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria, prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor, prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:** No potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen, y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica y cuidadores:** Falta de respeto a la intimidad, incumplimiento intencionado de las normas de atención y control, dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

GRUPO DE RIESGO III: Las personas mayores en situación de dependencia física, en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas

- **Negligencia de médicos:** No controlar la prescripción de medicamentos, no prestar suficiente atención médica y no valorar globalmente su salud.
- **Negligencias de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:** Dejadéz profesional cuando se observa conductas negligentes de otros profesionales, por ejemplo la excesiva utilización de medios de contención/inmovilización, incumplimiento de tratamientos, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible la dependencia total y no atender suficientemente su estado global, sus sentimientos de soledad o desvalimiento psíquico.
- **Negligencias de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:** Utilización indebida de medios de contención/inmovilización, utilización indebida de pañales, no hacer los necesarios cambios posturales, no cambiar pañales con la frecuencia necesaria, no vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada, no vigilar la ingesta de medicación prescrita, no hacer las curas con la periodicidad necesaria y no tener en cuenta en el trato la situación global de la persona mayor, incluyendo su estado psíquico y sus sentimientos.
- **Abuso de médicos:** Infantilización del trato, falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder, falta de respeto a su intimidad, tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria, prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor, prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- **Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:** Infantilización del trato, falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder, no potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen, y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

- **Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:** Infantilización del trato, falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder, falta de respeto a su intimidad, abusar de las capacidades de las personas mayores para facilitar su trabajo, incumplimiento de horarios laborales (auxiliares de atención domiciliaria), incumplimiento intencionado de las normas de atención y control, dejadez en el desarrollo del trabajo y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

GRUPO DE RIESGO IV: *Cualquier persona mayor que reciba servicios sociosanitarios y que se caracterice por tener una personalidad/carácter frágil (dócil, conformista), en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas*

- **Negligencia de médicos:** No controlar la prescripción de medicamentos, no prestar suficiente atención médica y no valorar globalmente su salud.
- **Negligencia de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:** Incumplimiento de tratamientos, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible los procesos de dependencia, no atender suficientemente el estado global, sus sentimientos de soledad o desvalimiento psíquico.
- **Negligencia de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:** No vigilar y fomentar la higiene y la movilidad, utilización innecesaria de pañales, no vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada, no vigilar la ingesta de la medicación prescrita, no fomentar suficientemente su autonomía por comodidad y no hacer caso a su estado anímico.
- **Abuso de médicos:** Infantilización del trato, falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder, falta de respeto a la intimidad, tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria, la prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes, la prescripción de medicamentos sin ver a la persona

mayor y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

- **Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales:** Infantilización del trato, falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder, no potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen, y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
 - **Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria:** infantilización del trato, falta de respeto a su opiniones/abuso de poder/abuso de su carácter, falta de respeto a su intimidad, abuso de sus capacidades por propia comodidad, incumplimiento de horarios laborales (auxiliares de atención domiciliaria), incumplimiento de las normas de atención y control, dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo y no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.
- La prevención requiere tomar medidas desde tres niveles: desde los profesionales, desde la profesión y desde las instituciones públicas.
 - Las soluciones desde los profesionales tienen que ver con mejorar su propia formación inicial y permanente, adquirir y entender conceptos como la profesionalidad y la empatía con las personas mayores, y partir de una motivación profesional para dedicarse a la atención de esta población.
 - La prevención desde la profesión requiere coordinación entre instituciones e instancias profesionales, creación de protocolos claros y concretos en cada nivel profesional, evitar el corporativismo y fomentar y transmitir desde la dirección de las instituciones sociosanitarias el reconocimiento al trabajo de atención y cuidado de las personas mayores.
 - Las soluciones desde las instituciones públicas están referidas a: resolver la escasez de recursos económicos y humanos destinados a la población mayor, vigilar y controlar el cumplimiento de la legalidad vigente por parte de las instituciones privadas, creación de un censo

de personas mayores para conocer mejor sus necesidades y asignar más eficientemente los recursos disponibles, fomentar y ampliar la existencia de indicadores de calidad, mejorar y profesionalizar la dirección y gerencia de los centros asistenciales y hospitalarios, elaborar políticas públicas de dignificación de la población mayor, establecer criterios claros y bien definidos en las exigencias de formación y especialización en todos los niveles profesionales, desvelar y dar a conocer a los profesionales en qué consisten las conductas negligentes y abusivas con los mayores y concienciar al conjunto de los profesionales y de las personas mayores de la gravedad de las conductas negligentes y abusivas.

ANEXO

GUIONES PARA LA MODERACIÓN DE LOS GRUPOS

GUIÓN GRUPO Nº 1

PROFESIONALES: MÉDICOS

Duración del grupo: 120' aproximadamente

1. Breve presentación de cada persona relatando:

- Descripción de su especialidad médica y su lugar de trabajo.
- Descripción de la tipología de pacientes mayores que ven con más frecuencia.

2. Cómo perciben a las personas mayores desde el punto de vista de:

- Su comportamiento y actitud como pacientes.
- Su actitud general hacia “el médico”.

3. Necesidades de atención profesional institucional y comunitaria de las personas mayores, en los hospitales públicos y en las residencias de “asistidos”, públicas y privadas:

- Descripción de las necesidades específicas de atención sanitaria de los mayores: establecer elementos diferenciales con respecto a la población general en cada nivel de atención sanitaria (atención primaria, especializada, hospitalaria...).
- Condiciones profesionales óptimas para responder a las necesidades específicas de atención sanitaria a los mayores. Descripción de la realidad.

4. Descripción de la relación habitual que se establece entre médico-persona mayor:

- Elementos que la facilitan / dificultan.
- Aspectos positivos / negativos.
- En qué aspectos es gratificante / frustrante.

5. Los derechos de las personas mayores:

- ¿Consideran sobre si están suficientemente protegidos?
- ¿Debería establecerse una protección especial? ¿Mediante qué mecanismos?

6. Negligencia profesional:

- Qué se entiende por este concepto.
- Descripción de situaciones concretas, manifestaciones en el ámbito médico, que podrían ser consideradas como “negligencia profesional”.

7. Abuso y maltrato:

- Qué entienden por cada uno de estos dos conceptos.
- Descripción de situaciones concretas, y observadas en su ámbito profesional, que podrían ser calificadas como de abuso y maltrato a las personas mayores.

- En qué tipo de personas mayores perciben que se da más el abuso o el maltrato y por qué razones.
- Reacciones ante situaciones de abuso y maltrato: Qué se hace habitualmente, qué se debería hacer (personal y colectivamente).
- Relación/incidencia entre:
 - Familia → abuso, maltrato.
 - Recursos (materiales, humanos...) → abuso, maltrato.
 - Formación de los profesionales → abuso, maltrato.
 - Motivación profesional → abuso, maltrato.

8. Ética profesional en la asistencia y cuidado a las personas mayores:

- Qué entienden por ética profesional (es algo regulado, una actitud personal, corporativa, etc., sobrentendida...).
- Descripción de situaciones concretas, habituales y excepcionales, en las que aplicar este concepto (por ejemplo, por ética profesional no se podría..., se debería...) y como consecuencia se actúa de una u otra manera.
- Reflexión sobre el umbral de tolerancia de los profesionales en el trabajo, trato... a las personas mayores:
 - ¿Se les trata de manera diferente? ¿Por qué razones? ¿En qué situaciones? ¿A qué tipo de mayores? (comparativamente con personas de menor edad).
 - ¿Existe habitualmente una infantilización del trato?

9. Actuaciones:

- Cómo prevenir las posibles situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito de los profesionales sociosanitarios: posible incidencia de factores como la educación, formación y preparación profesional.

GUIÓN GRUPO Nº 2

PROFESIONALES: AUXILIARES DE CLÍNICA/CUIDADORES

Duración del grupo: 120' aproximadamente

1. Breve presentación de cada persona relatando:

- Qué estudios han realizado (relacionados o no con su trabajo actual).
- Cuál es el trabajo concreto que desarrollan con las personas mayores.
- Con qué frecuencia (los auxiliares de clínica de hospital público) cuidan a personas mayores.
- Con qué tipo de personas mayores trabajan habitualmente.
- Razones que les motivaron a dedicarse al trabajo que desarrollan en la actualidad.
- ¿Están motivados en la actualidad? ¿Por qué sí/no?

2. Cómo perciben a las personas mayores desde el punto de vista de:

- Su comportamiento y actitud como pacientes cuando están enfermos en el hospital.
- Su comportamiento y actitud en la vivencia diaria de una residencia.
- Su comportamiento y actitud para ser ayudados en las actividades cotidianas cuando son “dependientes”.
- Su actitud general hacia las personas que trabajan con ellos en las residencias de mayores, hospitales...
- Su actitud hacia sus iguales (otras personas mayores): cómo son su relaciones afectivo-sociales.

3. Necesidades de atención profesional institucional y comunitaria de las personas mayores, en los hospitales públicos y en las residencias de “asistidos”, públicas y privadas:

- Descripción de las necesidades de los mayores, de atención profesional de auxiliares de clínica y cuidadores.
- Condiciones profesionales óptimas para responder a las necesidades de atención y cuidado de las personas mayores de los auxiliares de clínica en los hospitales públicos: descripción de la realidad.
- Condiciones profesionales óptimas para responder a las necesidades de atención y cuidado de las personas mayores de los cuidadores en las residencias asistidas públicas y privadas: descripción de la realidad.

4. Descripción de la relación habitual que se establece entre profesional (auxiliares de clínica/cuidadores)-persona mayor:

- Elementos que la facilitan / dificultan.
- Aspectos positivos / negativos.
- En qué aspectos es gratificante / frustrante para los profesionales.
- ¿Existe un reconocimiento al trabajo de los profesionales por parte de los mayores?
- ¿Existe un reconocimiento social al trabajo de los profesionales?

5. Descripción del “clima” profesional que perciben en su ámbito de trabajo y entre los auxiliares de clínica/cuidadores de personas mayores:

- Percepción de lo positivo / satisfactorio.
- Percepción de lo negativo / insatisfactorio.

6. Negligencia profesional:

- Qué entienden por este concepto.

- Descripción de situaciones concretas, manifestaciones en el ámbito profesional de auxiliares de clínica y cuidadores, que podrían ser consideradas como “negligencia profesional”.

7. Los derechos de las personas mayores:

- ¿Consideran que los derechos están suficientemente protegidos?
- ¿Debería establecerse una protección especial? ¿Mediante qué mecanismos?

8. Abuso y maltrato:

- Qué entienden por cada uno de estos dos conceptos.
- Descripción de situaciones concretas, y observadas en su ámbito profesional, que podrían ser calificadas como de abuso y maltrato a las personas mayores.
- En qué tipo de personas mayores perciben que se da más el abuso o el maltrato y por qué razones.
- Reacciones ante situaciones de abuso y maltrato: Qué se hace habitualmente, qué se debería hacer (personal y colectivamente).
- Relación/incidencia entre:
 - Familia → abuso, maltrato.
 - Recursos (materiales, humanos...) → abuso, maltrato.
 - Formación → abuso, maltrato.
 - Motivación → abuso, maltrato.

9. Ética profesional en la asistencia y cuidado a las personas mayores:

- Qué entienden por ética profesional (es algo regulado, una actitud personal, corporativa, etc., sobrentendida...).
- Descripción de situaciones concretas, habituales y excepcionales, en las que aplicar este concepto (por ejemplo, por ética profesional no se podría..., se debería...) y como consecuencia se actúa de una u otra manera.

- Reflexión sobre el umbral de tolerancia de los profesionales en el trabajo, trato... a las personas mayores:
 - ¿Se les trata de manera diferente? ¿Por qué razones? ¿En qué situaciones? ¿A qué tipo de mayores? (comparativamente con personas de menor edad).
 - ¿Existe habitualmente una infantilización del trato?

10. Actuaciones:

- Cómo prevenir las posibles situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito de los profesionales: posible incidencia de factores como la educación, formación y preparación profesional.

GUIÓN GRUPO Nº 3

GRUPO MIXTO: TODO TIPO DE PROFESIONALES

Duración del grupo: 120' aproximadamente

1. Breve presentación de cada persona relatando:

- Cuál es el trabajo concreto que desarrollan con las personas mayores.
- Años de experiencia.
- Con qué tipo de personas mayores trabajan habitualmente.
- Razones que les motivaron a dedicarse al trabajo que desarrollan en la actualidad.
- ¿Están motivados en la actualidad? ¿Por qué sí/no?

2. Cómo perciben a las personas mayores desde el punto de vista de:

- Su actitud general hacia las personas que trabajan con ellos en el ámbito sociosanitario.

3. Necesidades de atención profesional institucional y comunitaria de las personas mayores:

- Descripción de las necesidades en el ámbito sociosanitario.
- Están o no suficientemente cubiertas: razones para estar/no estar cubiertas.

4. Descripción de la relación habitual que se establece entre los profesionales y las personas mayores:

- Elementos que la facilitan/dificultan.
- Aspectos positivos/negativos.
- En qué aspectos es gratificante/frustrante para los profesionales.
- ¿Existe un reconocimiento al trabajo de los profesionales por parte de las personas mayores?
- ¿Existe un reconocimiento social al trabajo que los profesionales desarrollan con las personas mayores?

5. Los derechos de las personas mayores:

- ¿Consideran que los derechos están suficientemente protegidos?
- ¿Debería establecerse una protección especial? ¿Mediante qué mecanismos?

6. Negligencia profesional:

- Qué entienden por este concepto.
- Descripción de situaciones concretas, manifestaciones en el ámbito profesional que podrían ser consideradas como “negligencia profesional”. Consecuencias para las personas mayores.
- Como se actúa y cómo se debería actuar ante el conocimiento de casos de negligencia.

7. Abuso y maltrato:

- Qué entienden por cada uno de estos dos conceptos.

- Tipos de abuso y maltrato que conocen.
- Descripción de situaciones concretas, y observadas en su ámbito profesional, que podrían ser calificadas como de abuso y maltrato a las personas mayores.
- En qué tipo de personas mayores perciben que se da más el abuso o el maltrato, y por qué razones.
- Reacciones ante situaciones de abuso y maltrato: Qué se hace habitualmente, qué se debería hacer (personal y colectivamente).
- Relación/incidencia entre:
 - Familia → abuso, maltrato.
 - Recursos (materiales, humanos...) → abuso, maltrato.
 - Formación → abuso, maltrato.
 - Motivación → abuso, maltrato.

8. Ética profesional en la asistencia y cuidado a las personas mayores:

- Qué entienden por ética profesional (es algo regulado, una actitud personal, corporativa, etc., sobrentendida...).
- Descripción de situaciones concretas, habituales y excepcionales, en las que aplicar este concepto (por ejemplo, por ética profesional no se podría..., se debería....) y como consecuencia se actúa de una u otra manera (relacionadas con situaciones de negligencia, abuso y maltrato).
- Reflexión sobre el umbral de tolerancia de los profesionales en el trabajo, trato... a las personas mayores:
 - ¿Se les trata de manera diferente? ¿Por qué razones? ¿En qué situaciones? ¿A qué tipo de mayores? (comparativamente con personas de menor edad).
 - ¿Nota que se infantiliza el trato?

9. Actuaciones:

- Cómo prevenir las posibles situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito de los profesionales: posible incidencia de factores como la educación, formación y preparación profesional.

GUIÓN GRUPO Nº 4

PROFESIONALES: ATS Y FISIOTERAPEUTAS

Duración del grupo: 120' aproximadamente

1. Breve presentación de cada persona relatando:

- Qué especialización profesional han realizado relacionada con su trabajo actual.
- Cuál es el trabajo concreto que desarrollan con las personas mayores.
- Con qué tipo de personas mayores trabajan habitualmente.

2. Cómo perciben a los mayores desde el punto de vista de:

- Su actitud general hacia el médico, ATS, fisioterapeuta... las personas que les atienden en la atención sanitaria.

3. Necesidades de atención profesional institucional y comunitaria de las personas mayores:

- Descripción de las necesidades de atención a las personas mayores, en los centros de atención primaria, hospitalaria... desde los profesionales de la atención sanitaria.
- Condiciones profesionales óptimas para responder a las necesidades de atención: Descripción/contraste con la realidad.

4. Descripción de la relación habitual que se establece entre profesional (ATS, fisioterapeuta)-persona mayor:

- Elementos que la facilitan / dificultan.
- Aspectos positivos / negativos.

5. Los derechos de las personas mayores:

- ¿Consideran que los derechos están suficientemente protegidos?
- ¿Debería establecerse una protección especial? ¿Mediante qué mecanismos?

6. Negligencia profesional:

- Qué entienden por este concepto.
- Qué tipos de negligencia creen que se producen con más frecuencia (física, emocional, activa).
- Descripción de situaciones concretas que podrían ser consideradas como “negligencia profesional” y las consecuencias que tienen para las personas mayores.
- Cómo se actúa y como se debería actuar ante el conocimiento de casos concretos de negligencia.

7. Abuso y maltrato:

- Qué entienden por cada uno de estos dos conceptos.
- Qué tipos de abuso y maltrato conocen.
- Descripción de situaciones concretas, y observadas en su ámbito profesional, que podrían ser calificadas como de abuso y maltrato a las personas mayores y consecuencias para los mayores.
- En qué tipo de personas mayores perciben que se da más el abuso o el maltrato y por qué razones.

- Reacciones ante situaciones de abuso y maltrato: Qué se hace habitualmente, qué se debería hacer (personal y colectivamente).
- Relación/incidencia entre:
 - Familia → abuso, maltrato.
 - Recursos (materiales, humanos...) → abuso, maltrato.
 - Formación → abuso, maltrato.
 - Motivación → abuso, maltrato.

8. Ética profesional en la asistencia y cuidado a las personas mayores:

- Qué entienden por ética profesional (es algo regulado, una actitud personal, corporativa, etc., sobrentendida...).
- Descripción de situaciones concretas, habituales y excepcionales, en las que aplicar este concepto (por ejemplo, por ética profesional no se podría..., se debería...) y como consecuencia se actúa de una u otra manera (relacionadas con situaciones de negligencia, abuso y maltrato).
- Reflexión sobre el umbral de tolerancia de los profesionales en el trabajo, trato... a las personas mayores:
 - ¿Se les trata de manera diferente? ¿Por qué razones? ¿En qué situaciones? ¿A qué tipo de mayores? (comparativamente con personas de menor edad).
 - ¿Existe habitualmente una infantilización del trato?

9. Actuaciones:

- Cómo prevenir las posibles situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito de los profesionales: posible incidencia de factores como la educación, formación y preparación profesional.

GUIÓN GRUPO Nº 5

PROFESIONALES: ATENCIÓN DOMICILIARIA NO SANITARIA

Duración del grupo: 120' aproximadamente

1. Breve presentación de cada persona relatando:

- Qué estudios o especialización profesional han realizado relacionados con su trabajo actual.
- Cuál es el trabajo concreto que desarrollan con las personas mayores.
- Con qué tipo de personas mayores trabajan habitualmente.
- Razones que les motivaron a dedicarse al trabajo que desarrollan en la actualidad.
- ¿Están motivados en la actualidad? ¿Por qué sí/no?

2. Cómo perciben a las personas mayores desde el punto de vista de:

- Su comportamiento y actitud para ser ayudados en las actividades cotidianas cuando son “dependientes”.
- Su actitud general hacia las personas que trabajan con ellos en la ayuda domiciliaria.

3. Necesidades de atención domiciliaria de las personas mayores:

- Descripción de las necesidades de los mayores desde el punto de vista de la asistencia domiciliaria.
- Condiciones profesionales óptimas para responder a las necesidades de atención y cuidado de las personas mayores en su domicilio. Descripción/contraste con la realidad.

4. Descripción de la relación habitual que se establece entre el profesional de asistencia domiciliaria y las personas mayores:

- Elementos que la facilitan / dificultan.
- Aspectos positivos / negativos.
- En qué aspectos es gratificante / frustrante para los profesionales.
- ¿Existe un reconocimiento al trabajo de los profesionales por parte de las personas mayores?
- ¿Existe un reconocimiento social al trabajo de los profesionales?

5. Los derechos de las personas mayores:

- ¿Consideran que los derechos están suficientemente protegidos?
- ¿Debería establecerse una protección especial? ¿Mediante qué mecanismos?

6. Negligencia profesional:

- Qué entienden por este concepto.
- Qué tipos de negligencia creen que se produce con más frecuencia.
- Descripción de situaciones concretas, manifestadas en el ámbito de la atención domiciliaria, que podrían ser consideradas como negligencia profesional y las consecuencias que tienen para las personas mayores.
- Cómo se actúa y cómo se debería actuar ante el conocimiento de casos concretos de negligencia.

7. Abuso y maltrato:

- Qué entienden por cada uno de estos dos conceptos.
- Tipos de abuso y maltrato que conocen.
- Descripción de situaciones concretas, y observadas en su ámbito profesional, que podrían ser calificadas como de abuso y maltrato a las personas mayores.

- En qué tipo de personas mayores perciben que se da más el abuso o el maltrato y por qué razones.
- Reacciones ante situaciones de abuso y maltrato: Qué se hace habitualmente, qué se debería hacer (personal y colectivamente).
- Relación / incidencia entre:
 - Familia → abuso, maltrato.
 - Recursos (materiales, humanos...) → abuso, maltrato.
 - Formación → abuso, maltrato.
 - Motivación → abuso, maltrato.

8. Ética profesional en la asistencia y cuidado a las personas mayores:

- Qué entienden por ética profesional (es algo regulado, una actitud personal, corporativa, etc., sobrentendida...).
- Descripción de situaciones concretas, habituales y excepcionales, en las que aplicar este concepto (por ejemplo, por ética profesional no se podría..., se debería...) y como consecuencia se actúa de una u otra manera (relacionadas con situaciones de negligencia, abuso y maltrato).
- Reflexión sobre el umbral de tolerancia de los profesionales en el trabajo, trato... a las personas mayores:
 - ¿Se les trata de manera diferente? ¿Por qué razones? ¿En qué situaciones? ¿A qué tipo de mayores? (comparativamente con personas de menor edad).
 - ¿Existe habitualmente una infantilización del trato?

9. Actuaciones:

- Cómo prevenir las posibles situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito de los profesionales: posible incidencia de factores como la educación, formación y preparación profesional.

GUIÓN GRUPO Nº 6

PROFESIONALES: TRABAJADORES SOCIALES, PSICÓLOGOS Y TERAPEUTAS OCUPACIONALES

Duración del grupo: 120' aproximadamente

1. Breve presentación de cada persona relatando:

- Qué estudios o especialización profesional han realizado relacionados con su trabajo actual.
- Cuál es el trabajo concreto que desarrollan con las personas mayores.
- Con qué tipo de personas mayores trabajan habitualmente.
- Razones que les motivaron a dedicarse al trabajo que desarrollan en la actualidad.
- ¿Están motivados en la actualidad? ¿Por qué sí/no?

2. Cómo perciben a los mayores desde el punto de vista de:

- Su comportamiento y actitud en la vivencia diaria de una residencia y en centros de día.
- Su actitud general hacia las personas que trabajan con ellos en las residencias y en los centros de día.

3. Necesidades de atención profesional institucional y comunitaria de las personas mayores:

- Descripción de las necesidades de atención a las personas mayores, desde el punto de vista del trabajador social, del psicólogo, del terapeuta ocupacional...
- Condiciones profesionales óptimas para responder a las necesidades de atención: Descripción/contraste con la realidad.

4. Descripción de la relación habitual que se establece entre profesional (trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional)-persona mayor:

- Elementos que la facilitan / dificultan.
- Aspectos positivos / negativos.
- En qué aspectos es gratificante / frustrante para los profesionales.
- ¿Existe un reconocimiento al trabajo de los profesionales por parte de los mayores?
- ¿Existe un reconocimiento social al trabajo de estos profesionales?

5. Los derechos de las personas mayores:

- ¿Consideran que los derechos de los mayores están suficientemente protegidos?
- ¿Debería establecerse una protección especial? ¿Mediante qué mecanismos?

6. Negligencia profesional:

- Qué entienden por este concepto.
- Qué tipos de negligencia creen que se producen con más frecuencia (física, emocional, activa).
- Descripción de situaciones concretas que podrían ser consideradas como “negligencia profesional” y las consecuencias que tienen para las personas mayores.
- Cómo se actúa y como se debería actuar ante el conocimiento de casos concretos de negligencia.

7. Abuso y maltrato:

- Qué entienden por cada uno de estos dos conceptos.
- Qué tipos de abuso y maltrato conocen.
- Descripción de situaciones concretas, y observadas en su ámbito profesional, que podrían ser calificadas como de abuso y maltrato a las personas mayores y consecuencias para los mayores.

- En qué tipo de personas mayores perciben que se da más el abuso o el maltrato y por qué razones.
- Reacciones ante situaciones de abuso y maltrato: Qué se hace habitualmente, qué se debería hacer (personal y colectivamente).
- Relación / incidencia entre:
 - Familia → abuso, maltrato.
 - Recursos (materiales, humanos...) → abuso, maltrato.
 - Formación → abuso, maltrato.
 - Motivación → abuso, maltrato.

8. Ética profesional en la asistencia y cuidado a las personas mayores:

- Qué entienden por ética profesional (es algo regulado, una actitud personal, corporativa, etc., sobrentendida...).
- Descripción de situaciones concretas, habituales y excepcionales, en las que aplicar este concepto (por ejemplo, por ética profesional no se podría..., se debería...) y como consecuencia se actúa de una u otra manera (relacionadas con situaciones de negligencia, abuso y maltrato).
- Reflexión sobre el umbral de tolerancia de los profesionales en el trabajo, trato... a las personas mayores:
 - ¿Se les trata de manera diferente? ¿Por qué razones? ¿En qué situaciones? ¿A qué tipo de mayores? (comparativamente con personas de menor edad).
 - ¿Existe habitualmente una infantilización del trato?

9. Actuaciones:

- Cómo prevenir las posibles situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito de los profesionales: posible incidencia de factores como la educación, formación y preparación profesional.

GUIÓN GRUPO Nº 7

PROFESIONALES: Directores de centros de día y residencias de personas mayores

Duración del grupo: 120' aproximadamente

1. Breve descripción de su centro de trabajo y de su trayectoria profesional:

- Descripción de la especialización profesional.
- Descripción del tipo de centro que dirigen y tipología de personas mayores que residen en él.

2. Cómo perciben a las personas mayores desde el punto de vista de:

- Su comportamiento y actitud como residentes (aceptación, rechazo...).

3. Necesidades de atención profesional institucional y comunitaria de las personas mayores:

- Descripción de las necesidades específicas de atención en centros de día y residencias.
- Condiciones óptimas para responder a las necesidades específicas de la atención requerida. Descripción de la realidad.

4. Los Derechos de las personas mayores:

- ¿Consideran que los derechos están suficientemente protegidos?
- ¿Debería establecerse una protección especial? ¿Mediante qué mecanismos?

5. Negligencia profesional:

- Qué se entiende por este concepto.

- Descripción de situaciones concretas, en el ámbito de los profesionales sociosanitarios, que podrían ser consideradas como “negligencia profesional”.
- Qué tipos de negligencia se producen con más frecuencia y entre qué tipo de profesionales.
- Cómo se actúa y como se debería actuar desde la dirección de un centro o residencia ante el conocimiento de estas situaciones de negligencia profesional.

6. Abuso y maltrato:

- Qué entienden por cada uno de estos dos conceptos.
- Descripción de situaciones concretas y observadas que podrían ser calificadas como de abuso y maltrato a las personas mayores.
- En qué tipo de personas mayores perciben que se da más el abuso o el maltrato y por qué razones.
- Que tipología de profesional que trabaja con mayores consideran que pueden ser más proclive a protagonizar situaciones de abuso o maltrato.
- Reacciones ante situaciones de abuso y maltrato: Qué se hace habitualmente, qué se debería hacer (personal y colectivamente).
- Relación / incidencia entre:
 - Familia → abuso, maltrato.
 - Recursos (materiales, humanos...) → abuso, maltrato.
 - Formación de los profesionales → abuso, maltrato.
 - Motivación profesional → abuso, maltrato.

7. Ética profesional en la asistencia y cuidado a las personas mayores:

- Qué entienden por ética profesional (es algo regulado, una actitud personal, corporativa, etc., sobrentendida...).

- Descripción de situaciones concretas, habituales y excepcionales, en las que aplicar este concepto (por ejemplo, por ética profesional no se podría..., se debería...) y como consecuencia se actúa de una u otra manera.
- Reflexión sobre el umbral de tolerancia de los profesionales en el trabajo, trato... a las personas mayores:
 - ¿Se les trata de manera diferente? ¿Por qué razones? ¿En qué situaciones? ¿A qué tipo de mayores? (comparativamente con personas de menor edad).
 - ¿Existe habitualmente una infantilización del trato?

8. Actuaciones:

- Cómo prevenir las posibles situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores, en el ámbito de los profesionales sociosanitarios: posible incidencia de factores como la educación, formación y preparación profesional.

COLECCIÓN OBSERVATORIO PERSONAS MAYORES

1. Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997.
2. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Iniciativa. Recomendaciones del Consejo de Europa.
3. Año Internacional de las Personas Mayores 1999. Memoria.
4. Las personas mayores y las Residencias. Tomos I y II.
5. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en Residencias.
6. La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo.
7. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia.
8. Envejecer en España.
9. Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve.
10. Percepciones sociales sobre las personas mayores.
11. Las personas mayores en España. Informe 2002.
12. La madurez de masas.
13. Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales.