La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

RESUMEN

Esta investigación se enmarca en las acciones encaminadas a desvelar y prevenir las conductas negligentes y abusivas, así como el maltrato a las personas mayores. Estas acciones se producen no sólo en el ámbito familiar, sino también en el institucional y comunitario. Por primera vez la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) aborda una investigación sociológica para conocer, gracias a los profesionales que trabajan en la atención y cuidado sociosanitario de las personas mayores, cómo éstos conceptualizan la negligencia, el abuso y el maltrato, la descripción que realizan de las situaciones más proclives a que se produzcan conductas reprobables en su trabajo cotidiano, las conductas concretas más habituales y las causas que subyacen a éstas. Mediante la aplicación de la técnica cualitativa del grupo de discusión, se ha trabajado con todos los tipos de profesionales que atienden y cuidan a las personas mayores, y, desde su percepción, se ha llegado a establecer tanto una acotación de los 3 conceptos, una categorización de las conductas y una correlación entre grupos de riesgo, tipología profesional y categorías de negligencia y abuso.

Palabras clave

Negligencia. Abuso. Maltrato. Tipología profesional. Factores de riesgo. Grupo de riesgo. Prevención. Anciano.

Health and social professionals' perception of neglect, abuse and mistreatment of the elderly

ABSTRACT

The present study concerns the interventions designed to reveal and prevent neglect, abuse and mistreatment of the elderly. This behaviour occurs not only in the family setting but also in institutions and the community. For the first time, the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology has undertaken sociological research to identify how health professionals working in the care of the elderly conceptualise neglect, abuse and mistreatment, their

descriptions of the situations most likely to produce reprehensible behaviour in their daily work, the most common concrete behaviours and their underlying causes. The qualitative technique of the discussion group was used and all categories of professionals involved in the care of the elderly were involved. Based on their perceptions, the 3 concepts and types of behaviour have been defined and a correlation between risk groups, professional category and types of negligence and abuse has been established.

Key words

Neglect. Abuse. Mistreatment. Professional typology. Risk factors. Risk group. Prevention. Elderly.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Siguiendo la línea de trabajo, iniciada con INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores)¹, de ofrecer una respuesta contra el maltrato y abuso a las personas mayores, la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) se planteó la conveniencia de investigar cómo perciben estos conceptos, y cómo describen las situaciones más proclives a que se produzcan estas conductas, los profesionales que trabajan cotidianamente con personas mayores.

El objetivo de la SEGG, al encargar la realización de este trabajo de investigación sociológica, es establecer las categorías fundamentales en el ámbito institucional y comunitario, desde la percepción de los profesionales que trabajan con las personas mayores, y conocer los contextos específicos en los que se producen más frecuentemente, con el objetivo de establecer las bases de las acciones encaminadas a combatir estereotipos, modificar actitudes y abordar la concienciación y la formación del conjunto de los profesionales. Como objetivos específicos se han contemplado los siguientes:

- Desvelar qué entienden los profesionales por conceptos como negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores.
- Descripción de las circunstancias en las que más frecuentemente se producen situaciones de abuso y maltrato.

Trabajo realizado en el contexto de un acuerdo de colaboración entre la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMRSO).

Recibido el 30-03-04; aceptado el 27-04-04.

– Ahondar en las causas que derivan en situaciones de abusos y maltrato: influencias socioculturales, de formación, etc.

– Delimitar los factores de riesgo en el maltrato y abusos a mayores.

– Definir los grupos de riesgo de mayores más proclives a recibir maltrato y abuso.

– Establecer la tipología de profesionales más proclive 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 maltrato a los mayores en el ámbito comunitario e institucional, por parte de los profesionales.

METODOLOGÍA

Se ha aplicado la técnica cualitativa de grupos de discusión, que en el ámbito internacional se denominan grupos focales, y se han desarrollado 7 grupos. Para la composición de los grupos se han tenido en cuenta los siguientes criterios:

1. *Universo*. Los profesionales que trabajan/atenden 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.

2. *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.

3. *Sexo*. Varones y mujeres.

4. *Ámbito territorial*. Todo el Estado, seleccionando aquellas zonas y/o comunidades que pudieran ser un modelo significativo para el resto del Estado.

5. *Hábitat*. Gran ciudad; corona metropolitana; ciudad media; cabecera de comarca con influencia en zonas rurales; núcleo semiurbano cercano a ciudad media-grande.

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, qué piensan, cómo lo piensan y por qué piensan sobre un aspecto de la realidad social^{2,3}. Esta percepción no necesariamente se adecua a los conceptos y criterios consolidados por la comunidad científica en torno a un fenómeno¹. 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 del grupo social destinatario de una actuación social.

TIPOLOGÍA DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON LAS PERSONAS MAYORES

Especialización profesional

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 y de especialización, sus expectativas profesionales, etc.

En primer lugar hay que analizar la formación estableciendo 2 bloques diferenciados de profesionales: un primer grupo constituido por aquellos que, para el desarrollo de su trabajo, requieren una titulación académica (médicos, ATS, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales), y un segundo grupo que comprende a los que no necesitan acreditar una titulación académica: auxiliares de clínica y de atención domiciliaria, cuidadores.

Los profesionales del primer grupo requieren una titulación académica —nivel de licenciatura o diplomatura— que les 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 las personas mayores; no se encuentra ni en los 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.

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 su formación hospitalaria se desarrolle mediante el sistema de «rotación» por los distintos servicios del hospital; puesto que la geriatría es un servicio casi inexistente en el ámbito hospitalario, su formación se adecua a los servicios más habituales, y su dedicación a los mayores es realmente circunstancial.

Entre los trabajadores sociales tampoco se encuentran profesionales especialistas en la atención a mayores, aunque cada vez es más frecuente su especialización en otro tipo de grupos de población con necesidades específicas (p. ej., mujeres, niños, inmigrantes). En cuanto a otro tipo de profesionales de este grupo, como los psicólogos o los terapeutas ocupacionales, las situaciones son muy similares a lo dicho para las anteriores. Es habitual, por ejemplo, que los psicólogos desarrollen su labor profesional en la atención a familias o parejas de mayores con enfermedades mentales, pero no atienden al mayor que, sin padecer Alzheimer o un inicio de demencia senil, está psíquicamente mal (triste, deprimido...).

En el segundo grupo de profesionales encontramos, contradictoriamente, algo de especialización en mayores 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.). No obstante, la presión del mercado de trabajo para contar con técnicos de atención domiciliaria hace que las empresas que conciertan este servicio con los entes locales cuenten cada vez más con personas con escasa o casi nula formación.

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 pacientes hospitalizados, sean mayores o no, y padezcan cualquier tipo de dolencia; sólo los que desarrollan su trabajo en residencias realizan, a lo largo de su trayectoria profesional, algún tipo de curso de especialización.

Motivación profesional

Muy frecuentemente se llega a trabajar con personas mayores sin ninguna motivación profesional. ¿Por qué, entonces, se trabaja con ellas? Las respuestas no son homogéneas, pero se pueden establecer 3 grupos de caminos, a través de los cuales se accede a una dedicación profesional al mundo de los mayores:

1. Quienes, por la propia organización del sistema, se ven abocados 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 clínica⁴. Recordemos que el número de especialistas en geriatría es ridículo comparado con cualquier otra especialidad médico-hospitalaria. Asimismo es muy esclarecedor el hecho de que el 68% de los hospitales españoles carezcan de servicio de atención geriátrica. Esto no significa que, por ejemplo, no haya médicos que, con el tiempo, realicen cursos de especialización en geriatría, posiblemente movidos por el afán de conocer y tratar mejor a los cada vez más numerosos pacientes mayores,

o por las posibilidades laborales que les ofrece el sector. El caso de los trabajadores sociales es similar al de los profesionales de la sanidad, ya que se ocupan de las personas como un grupo social más, y cada vez más numeroso, pero no manifiestan un especial interés o motivación para hacerlo.

2. Quienes acceden al cuidado de mayores 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, psicólogos y terapeutas ocupacionales, y podrían generalizarse a la gran mayoría de los auxiliares de atención a domicilio. El hecho de que la llegada al mundo de la gerontología no esté impulsada 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.

3. Las personas que entran a formar parte activa de alguna de las órdenes religiosas, o del voluntariado, dedicadas a la atención de las personas mayores más frágiles en términos económicos, y acceden al cuidado de la población mayor por razones de «vocación» religiosa, humanitaria o de compromiso social.

El trabajo profesional

Un factor importante, que incide en cómo va a ser la relación con los mayores, es la tipología del trabajo. Aunque nos encontramos ante un colectivo absolutamente heterogéneo y dispar, es posible establecer ciertos elementos comunes:

1. *Menor prestigio social.* 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 geriatría y gerontología genera escasa consideración profesional. 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: 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 probable que el poco interés que suscitan los mayores, desde el estricto punto de vista profesional, tenga una estrecha relación con el grado de respeto y consideración social que actualmente tienen la población mayor en el conjunto de la sociedad⁵. ¿Es un colectivo poco rentable, escasamente interesante/importante en términos socioeconómicos? ¿Es eso 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 probablemente no sean sino un reflejo de lo que transmite el conjunto de la sociedad.

2. *Salarios bajos.* Principalmente en las escalas inferiores, los trabajadores consideran que sus salarios son bajos en relación al trabajo que desarrollan.

3. *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 2 situaciones típicas. 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 diseñadas y reguladas, y cada profesional tiene claramente definidos los contenidos de su trabajo.

4. *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, tanto los de día como las residencias, y en otros servicios como la ayuda a domicilio, en cuanto a cantidad y calidad profesional (titulación, formación, etc.).

PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DESDE LOS PROFESIONALES

El trabajo con personas mayores, en la asistencia sociosanitaria, tiene el elemento añadido de la fragilidad. Las personas mayores no son 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 los profesionales perciben el mundo de la vejez nos ayuda a desvelar los elementos que inciden en el trato que los profesionales les dan en su relación laboral cotidiana. Tres son los ámbitos desde los que se percibe a las personas mayores

Como grupo social con derechos

Quienes trabajan con personas mayores son conscientes de que su trabajo significa poner en práctica la atención social que requiere el mayor para la protección de sus derechos. Desde esta postura, en general, se afirma que no siempre existe un marco legal que desarrolle adecuadamente esta protección; por ejemplo, se hace referencia a la existencia de un vacío legal en la protección y defensa del patrimonio de la persona mayor cuando tiene un deterioro cognitivo; la vulnerabilidad es muy grande y no existen mecanismos legales rápidos y eficaces que protejan de la indefensión (p. ej., ante situaciones de expolio económico por parte de familiares, o de empresas inmobiliarias que compran edificios antiguos

para especulación inmobiliaria). Otros ejemplos de las deficiencias detectadas son los siguientes:

1. *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.

2. *Derecho a una atención especializada y de calidad.* Existe una escasa formación/especialización, e insuficiencia de profesionales que llevan a la práctica la asistencia sociosanitaria.

3. *Derecho a recibir una atención sociosanitaria integral y coordinada.* Un intento y ejemplo de buena atención sociosanitaria serían los programas de atención domiciliaria equipo de soporte (PADES) en Cataluña.

4. *Escasez de centros sanitarios/hospitales para media y larga estancia de mayores.* Son centros de «respiro» para permitir el descanso de los cuidadores familiares, y centros de día.

Todo ello se sintetiza en la escasez de recursos públicos que el Estado dedica a la atención sociosanitaria de este grupo de población; escasez de recursos económicos que hace que la concertación con instituciones privadas de los servicios sociales, tanto los domiciliarios como residenciales y centros de día, no se controle suficientemente. Del mismo modo, la escasez de recursos económicos está ligada a la escasez de profesionales, y de profesionales especializados, en todas las categorías profesionales: son insuficientes y sus salarios bajos.

No obstante, a pesar de las insuficiencias, se reconoce un avance en la protección de los derechos asistenciales de los mayores, no sólo por la creación de plazas en instituciones sociosanitarias, sino por algunos «valores añadidos», como por ejemplo la creación de residencias en el entorno local y el desarrollo de la atención domiciliaria como paradigma de la prevención del mantenimiento en el entorno social, y la ralentización del deterioro.

Como personas con familia

El papel de la familia está marcado por la incompreensión 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 las familias deberían hacer y no hacen. La tendencia a culpabilizar a la familia está muy extendida en otras categorías profesionales; de hecho, la mayoría de ellos creen que la familia de la persona mayor dependiente tiende a «desentenderse» de su

cuidado y trata de dejar en manos de los profesionales la práctica totalidad de la atención y cuidados que precisa, incluso los que podría hacer sin tener especiales conocimientos o habilidades.

En la atención social en residencias existe una tendencia a pensar que la familia se preocupa poco del anciano 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, los trabajadores de las residencias aceptan mal el hecho de que la familia esté demasiado encima del residente, porque lo interpretan como una «intromisión en su trabajo», como una «desconfianza» hacia ellos. El equilibrio entre lo que se espera de la familia y las distintas actitudes que se observan es bastante complicado, y muchas veces la percepción de cada profesional tiene más que ver con factores subjetivos que con factores objetivos.

Como pacientes. Como residentes

La condición de pacientes es una característica prácticamente intrínseca a la circunstancia de ser mayor. Los elementos que conforman la percepción de su actitud como pacientes se sintetiza en lo siguiente:

1. La persona mayor, en general, se pone en manos de los profesionales sanitarios con una actitud de sumisión, agradecimiento y respeto.

2. Los que 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.

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

1. Las personas dependientes tienen una actitud menos exigente, más agradecida y más positiva hacia el cuidador, y es la más gratificante para cualquier profesional.

2. La mayor exigencia de atención la generan quienes se valen por sí mismos pero sufren soledad y abandono familiar, sea en una residencia o en el hospital; la atención requerida desde estas posiciones frágiles no desencadena reacciones negativas.

3. La exigencia desde una posición de fuerza, como es el tipo de las demandas de personas mayores no dependientes, que en algunas residencias privadas pagan más que los demás, es mal recibida por los profesionales, que la consideran fuera de lugar, y un ataque a su profesionalidad.

NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

Conceptualización de los términos

En esta sección se muestra cómo los distintos tipos de profesionales diferencian, tanto terminológicamente como a través de los ejemplos concretos que relatan —teoría y práctica—, los 3 conceptos —negligencia, abuso y maltrato a mayores—. En una primera aproximación podría establecerse, de una manera simple, lo siguiente:

1. La negligencia se asocia a la ausencia de una acción, con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor.

2. El abuso se asocia a una acción intencionada, que puede tener consecuencias o no tenerlas (un ejemplo podría ser el trato infantilizado, que no tiene consecuencias palpablemente negativas pero que podría hacer que el mayor se sintiera mal, según cómo se le tratara).

3. El maltrato se asocia a una acción intencionada y dirigida expresamente a provocar daño físico o psíquico.

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. Estas situaciones se detectan 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. 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 también, y de manera muy especial, en la esfera del trato humano^{1,6}.

Anteriormente se ha hecho 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 que, en este marco de relaciones, los profesionales son los artífices del respeto de sus derechos, o, en su defecto, los responsables de su incumplimiento. También se ha analizado que, desde los profesionales, se achaca la falta de respeto de los derechos de las personas mayores, principalmente al sistema social que organiza su vida, 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».

No obstante, hay profesionales algo más concienciados en 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 mayor⁵. En síntesis, esas reflexiones señalan que el debate debería desarrollarse en torno a los siguientes tópicos:

1. En el ámbito del entorno familiar.

– La adecuación/inadecuación de que los cuidadores de la población mayor sean frecuentemente personas de la familia directa, también mayores (alrededor de 60 años).

– El gran desconocimiento y la falta de 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, por ejemplo.

2. En el ámbito público. A pesar de que hay «discurso público», falta previsión y planificación; hay deficiencias en la cantidad y la calidad de los recursos económicos.

En todo este contexto se observa que existe una 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. Desde la insistencia de la moderación de los grupos –es decir, al 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–, los profesionales han relatado una diversidad de conductas y han establecido 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 3 conceptos.

Negligencia

Se entiende en general como omisión de funciones establecidas mediante un protocolo. La negligencia puede cometerse intencionadamente o no, y, en general, tiene consecuencias negativas en quien la sufre, aunque también puede no tenerlas.

Los ejemplos de conductas negligentes concretas citados más frecuentemente son los siguientes: omitir una valoración del paciente; utilización indebida de medios de contención e inmovilización; utilización innecesaria de pañales, o no cambiarlos con la frecuencia adecuada; no hacer los necesarios cambios posturales; no vigilar y controlar la alimentación; no controlar la prescripción de medicamentos; no prestar la atención médica suficiente.

Desde el punto de vista de las consecuencias que puede provocar, los casos de negligencia podrían agruparse en 3 tipos:

1. 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 los centros de día–, pero se atribuyen muy especialmente al ámbito sanitario, y dentro de él a los hospitales, que unánimemente son considerados como los lugares en los que se produce un deterioro importante del estado general físico, cognitivo y psíquico de las personas mayores que ingresan en ellos, aunque salgan curados de la enfermedad por la que ingresaron.

2. 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.

3. Los casos de «no atención», de no hacer caso, sin tener en cuenta el estado psíquico, los sentimientos de soledad, porque, al incidir en el desvalimiento afectivo, tiene efectos psicológicos.

Abuso

Se conceptualiza como una acción intencionada que puede tener o no consecuencias negativas para quien lo sufre. El abuso puede o no generar 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. Los grupos aceptan 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. Según el tipo de acción que encierran, se puede establecer la siguiente caracterización del abuso:

1. Los abusos en el trato, que tienen que ver con la falta de consideración hacia los mayores como personas maduras, capaces y con criterio propio.

– Infantilización del trato, es decir, utilización de un tono inadecuado en el trato a las personas mayores, que trasluce la equiparación de la población mayor con la población infantil. Mientras que para algunos profesionales esta práctica es una manera de expresar cariño o 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 actitudes paternalistas y escasa respetabilidad.

– 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 otros temas que conciernen a decisiones importantes y determinantes para su vida. Son ejemplos de estas conductas 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 ideológico⁶.

– La falta de respeto a la intimidad; este tipo de abuso es el que hace referencia a la ausencia de respeto a la intimidad de la persona mayor, tanto en situaciones de exploraciones médicas como en otras que se producen cotidianamente en las residencias (cambios de pañales, momento de ser vestidos en las residencias, no cerrar puertas, no tener en cuenta la presencia de otras personas en la habitación, etc.⁷).

2. En el segundo tipo de abuso se agrupan acciones referidas a la salud de los mayores 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.

– La tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada, y no siempre necesaria para la persona mayor, para «curarse en salud» y evitar la asunción de responsabilidades⁶.

– 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 entorno⁶.

– El negar explícita o implícitamente un tratamiento a una persona mayor, con el solo argumento de la edad.

– La prescripción de medicamentos sin ver al mayor.

3. En el tercer grupo se incluyen 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. Exigir más allá de sus posibilidades es un abuso porque, si bien facilita la tarea de quien le cuida, puede tener consecuencias negativas en la salud de la persona mayor.

– Incumplimientos de horarios laborales, concretamente en los profesionales de atención domiciliaria, porque

la persona mayor está en sus manos y normalmente tiene miedo de denunciar este tipo de incumplimientos.

– Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control a las personas mayores, aunque no generen directamente un perjuicio; como ejemplo de este tipo de abusos podría considerarse el no atender a los timbres de las habitaciones (en el hospital y/o la residencia).

– La dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo con mayores, 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 (cómo se les viste, o el estado de conservación de la ropa: limpia, no rota, adecuación de colores y prendas).

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 unas reglas de funcionamiento para poder organizar el cuidado, la atención y la convivencia de un grupo de personas⁷.

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.

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 los que aparecen en la prensa relativos a residencias privadas y que generan un rechazo social generalizado⁶. De manera significativa el maltrato se asocia con el entorno familiar, y se insiste en el mayor peso del maltrato psíquico, porque es el más opaco, ya que el 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, hace muy difícil que se produzcan los casos de maltrato físico. En esta reiterada negación de la existencia del maltrato entre profesionales, basada fundamentalmente en la mayor dureza

de la acción que está detrás de éste, subyace, en realidad, una traslación del maltrato al abuso, o, dicho de otra manera, maltrato y abuso son, probablemente, conceptualmente lo mismo en la percepción de los profesionales.

Circunstancias más proclives a ocasionar negligencia y abuso

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

1. 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 los mayores que viven solos, sin familiares que les atiendan, con problemas de autonomía, con escasos recursos económicos y dificultades para acceder a una plaza en una residencia pública.

2. Las características sociales y personales de las personas mayores que determinan su vulnerabilidad.

– La situación de asistido.

– Los caracteres más dóciles, menos exigentes y más comprensivos.

A mayor fragilidad, mayor riesgo de sufrir negligencia o abuso. La fragilidad tiene que ver con el nivel de dependencia y la falta de autonomía por incapacidad física o mental, o ambas a la vez; 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. 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 existe un mayor riesgo de sufrirlas⁶.

– El mayor nivel de riesgo se da en las personas mayores con problemas o enfermedades psíquicas o mentales, y su 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, sería el de una persona mayor en situación de asistida, es decir, que tiene mermadas sus capacidades para disponer de autonomía y movilidad.

– La fragilidad tiene también 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/habilidades para las relaciones sociales e interpersonales.

3. El tipo de situaciones/lugares dónde se recibe la atención de los profesionales: institucionalización (residencias y hospitales) o atención domiciliaria y en centros de día.

– El acceso a los recursos especializados. La escasez de plazas en residencias genera situaciones de abandono de personas muy vulnerables a las que se expone innecesariamente a todo tipo de riesgos, y la defensa de sus derechos pasa inexorablemente por su ingreso en una institución.

– Las situaciones de institucionalización: residencias de la tercera edad, públicas y privadas, e instituciones sanitarias. 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. A excepción de quienes trabajan en el ámbito hospitalario y no son médicos geriatras, el conjunto de los profesionales reitera, una y otra vez, la falta de atención «geriátrica» en los hospitales; en ellos se atiende a las personas del problema de salud origen de su ingreso, pero no se tienen en cuenta sus necesidades, no se valora su estado general como persona mayor y habitualmente se producen situaciones de negligencia y abuso^{4,6}.

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 y las privadas. Se detectan diferencias entre unas y otras, y hay quienes consideran que las de titularidad privada son las que preservan mejor estas conductas, ya que tratan a la persona mayor residente como «cliente», mientras que otros profesionales consideran 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 quienes se valen por sí mismos. Por otro lado, si nos atenemos a las condiciones legales a las que unas y otras deben acogerse, no deberían existir diferencias, y si existen es debido a la escasez de control y vigilancia institucional hacia el cumplimiento de las normas en las instituciones privadas.

– 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 desde muchos puntos de vista y, de manera prioritaria, desde la prevención, tanto si están destinados al

ocio como al cuidado de personas mayores discapacitadas.

– 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, principalmente, a cumplir objetivos de cobertura asistencial en las necesidades básicas.

– En los hogares de las personas mayores que son atendidas con ayuda domiciliaria, las posibles situaciones de negligencia o de abuso profesional dependen de la fortaleza o fragilidad de la persona mayor y de la predisposición del profesional (ganas de agradar, predisposición a estar a gusto con los mayores, etc.).

4. El entorno geográfico.

Perfil de los mayores más vulnerables a sufrir negligencia, abuso y maltrato

1. En términos generales, cualquier persona mayor es muy vulnerable y está expuesta a estos tratos abusivos en los centros hospitalarios.

2. La persona mayor con problemas de deterioro cognitivo y que vive en una residencia, sea pública o privada, es el perfil de mayor riesgo de sufrir algún tipo de trato profesional negligente o abusivo.

3. Las personas mayores con discapacidad física y que viven en residencias corren menos riesgo que el grupo anterior.

4. En general, entre las personas mayores que reciben servicios sociosanitarios, las más vulnerables son las 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.

5. La población mayor que es atendida en zonas rurales está más protegida, por el entorno social, frente a la negligencia y el abuso.

CAUSAS QUE PROPICIAN LA NEGLIGENCIA, EL ABUSO Y EL MALTRATO

Relacionadas con los profesionales

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 social⁵, ya que conscientemente 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 tra-

bajan con ellos participan inconscientemente de esta percepción y conducta colectiva, aunque conscientemente manifiesten una voluntad de superar esta influencia social. En cuanto a las características concretas de los profesionales, las causas relacionadas con su realidad personal, social y profesional son fundamentalmente las siguientes:

1. La experiencia personal en el trato con familiares mayores: el haber conocido y/o convivido con personas mayores en la familia, y que la experiencia haya resultado gratificante y enriquecedora, ejerce una influencia positiva sobre el profesional.

2. La formación y especialización de los profesionales: la falta de formación y especialización es percibida por los propios profesionales como el 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, necesario para una buena práctica profesional.

3. La motivación profesional: el desembarco de muchos profesionales al mundo asistencial de los mayores, y el hecho de la frecuente circunstancia de que la casualidad de este trabajo sea la única opción laboral, puede incidir en una actitud no precisamente positiva ante el trabajo y en el ejercicio de buenas prácticas profesionales.

4. Voluntarismo-profesionalidad: la profesionalidad y la empatía son conceptos que se acercan más a una actitud profesional adecuada, que conceptos y actitudes tales como la vocación, el voluntarismo o la caridad; ambos están también ligados a un correcto reconocimiento social y laboral del trabajo que se desarrolla con la población mayor.

Relacionadas con la profesión

Las circunstancias que pueden originar conductas reprobables tienen que ver con distintos aspectos profesionales/laborales muy interrelacionados y no siempre dissociables. Entre ellos, y con carácter general para todos los profesionales de las distintas categorías y de los diferentes tipos de atención, podemos señalar:

1. 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. La mayor dureza física, 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. Dentro de la dureza del trabajo, es importante considerar también el trato inadecuado

que, en ocasiones, reciben los profesionales de las personas mayores, desde el exceso de exigencias y la infravaloración de su trabajo, hasta los insultos o las agresiones. Para superar adecuadamente esta realidad, enmarcarla en su justo término y hacer que no revierta en negligencia, abuso o maltrato, se precisa probablemente una gran formación y profesionalidad.

2. Problemas relacionados con la indefinición de los contenidos laborales: son los 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.

3. 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 ligados al excesivo corporativismo profesional.

A estos factores, que en mayor o menor medida comparten el conjunto de los profesionales, se añaden otros que afectan de manera más específica a los trabajadores de menor categoría profesional, a los auxiliares de atención domiciliaria, a los auxiliares de clínica y a los cuidadores de residencias:

1. La falta de reconocimiento social y profesional del trabajo genera desmotivación y desinterés.

2. El desprestigio profesional, especialmente destacable en el caso de los auxiliares de atención a domicilio.

3. Bajos salarios, ligados al desprestigio y a la inespecificidad de los trabajos.

4. Descontento laboral: las condiciones laborales insatisfactorias generan un descontento que tiñe frecuentemente los discursos y que revierte negativamente en los destinatarios de su dedicación laboral.

Relacionadas con factores institucionales

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 a las personas mayores⁸:

1. Falta de recursos. 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 «plantas», plazas geriátricas en hospitales.

– A la escasez de profesionales formados y especializados para la dedicación específica a la población mayor, 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.

2. Deficiencias en la gestión de los servicios; por ejemplo:

– Falta de especialización en la gerencia de los centros asistenciales, principalmente en los centros privados. Las especiales características de la población mayor motivan la conveniencia de que la dirección/gerencia de los centros conozca, y sea sensible, a las necesidades específicas de esta población.

– 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.

– 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, tengan un nivel insuficiente de formación y de especialización.

Factores de riesgo en la negligencia, abuso y maltrato según las categorías profesionales

Es obvio que en un conjunto de profesionales heterogéneo los factores de riesgo inciden de distinta manera en unos y otros. En síntesis, éstos son los factores que inciden en mayor medida en cada uno de los distintos grupos profesionales:

1. En los profesionales con mayor formación académica en el ámbito sanitario (médicos, ATS, fisioterapeutas) inciden especialmente⁴:

– Atribuibles al propio profesional: la falta de formación específica en geriatría y 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 o abuso.

– Atribuibles a las instituciones y entidades de atención al mayor: la escasez de la geriatría como especialidad médica (MIR), la falta de plantas geriátricas en hospitales y la escasez de profesionales en el conjunto del sistema sanitario.

2. Profesionales con mayor formación académica en el ámbito de atención social, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales:

– Atribuibles al propio profesional: la falta de especialización en la población mayor y 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, y el corporativismo como elemento que impide la denuncia de conductas negligentes o abusivas.

– Atribuibles a las instituciones y entidades de atención al mayor: las gerencias poco profesionalizadas que desvirtúan las funciones del profesional y la escasez de profesionales en el conjunto del sistema de atención social.

3. Profesionales con menor nivel de formación en el ámbito sociosanitario: auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria.

– Atribuibles a los propios profesionales: la deficiente formación básica, la especialización rápida e incompleta en la atención a la población mayor, y la dedicación profesional a la gerontología 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, el desprestigio social, los bajos sueldos, la desmotivación y el cansancio profesional.

– Atribuibles a las instituciones y entidades de atención a las personas mayores: 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, y la inadecuada organización y gestión de los recursos disponibles, principalmente en la ayuda a domicilio.

CORRELACIÓN ENTRE GRUPO DE RIESGO, TIPOLOGÍA PROFESIONAL Y CATEGORÍA DE LA NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

Como síntesis, la relación entre «grupo de riesgo» → «tipología profesional» que más incide en el «grupo de riesgo» → «categoría de conducta» no deseable más frecuente, es la siguiente:

Grupo de riesgo I

Cualquier persona mayor en el ámbito sanitario, especialmente en el hospitalario⁴.

Negligencias por parte de los médicos

Omisión de valoraciones globales sobre su estado general, más allá de las estrictamente relacionadas con la enfermedad origen de su ingreso hospitalario, y el 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 parte de médicos

Infantilización del trato, falta de respeto a su intimidad, negación de tratamientos caros/sofisticados o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Abuso por parte de 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, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Grupo de riesgo II

Personas mayores que sufren procesos de deterioro cognitivo y residen en residencias públicas o privadas, por su mayor vulnerabilidad al no tener la suficiente capacidad para discernir el trato que recibe de sus cuidadores.

Negligencias por parte de los médicos

No prestar la atención médica suficiente.

Negligencias por 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, o 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 o no prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico.

Abuso por parte 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, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Abuso por parte 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, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Abuso por parte de profesionales de enfermería, 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 o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Grupo de riesgo III

Personas mayores en situación de dependencia física en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas.

Negligencias por parte de los médicos

No controlar la prescripción de medicamentos, no prestar suficiente atención médica o no valorar globalmente su salud.

Negligencias por trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales

Dejadez profesional cuando se observan conductas negligentes de otros profesionales, incumplimiento de

tratamientos, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible la dependencia total, o no atender suficientemente su estado global, sus sentimientos de soledad o de desvalimiento psíquico.

Negligencias por 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 o no tener en cuenta en el trato la situación global de la persona mayor, incluyendo su estado psíquico y sus sentimientos.

Abuso por parte 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, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Abuso por parte 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, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Abuso por parte 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, o 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 personali-

dad/carácter frágil (dócil, conformista...) en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas.

Negligencias por parte de los médicos

No controlar la prescripción de medicamentos, no prestar suficiente atención médica o no valorar globalmente su salud.

Negligencias por 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, o no atender suficientemente el estado global, sus sentimientos de soledad o de 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 o no hacer caso a su estado anímico.

Abuso por parte 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, prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes, prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Abuso por parte 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, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

Abuso por parte 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, o no comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.

SOLUCIONES PARA 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 evitar y prevenir estas conductas. 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 las posibles soluciones, en función del origen de las causas que generan las conductas negligentes y abusivas.

Soluciones desde los profesionales

1. Acceder a los puestos de trabajo con una mejor formación profesional, entendiendo que la dedicación a la población mayor es una profesión que requiere de conocimientos específicos y una especialización permanente.

2. 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 se les supone a quienes trabajan con niños o con cualquier otro grupo específico de población.

3. Ligado a la profesionalidad y a la empatía, es importante tener una motivación profesional.

Soluciones desde la profesión

1. La coordinación entre los profesionales es indispensable, ya que en la atención integral a las personas mayores inciden múltiples factores⁸. 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.

2. La creación de protocolos concretos y claros de actuación 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.

3. 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 de elementos propios para su autodefensa⁹.

4. Fomentar y transmitir, desde la dirección de las instituciones sociosanitarias, el reconocimiento al trabajo de la atención a la población mayor.

Soluciones institucionales

1. Resolver la escasez de recursos destinados a la atención de la población mayor⁸, muy concretamente los destinados a la atención en el domicilio, las plazas en centros de día y en residencias asequibles, las plazas hospitalarias especializadas en geriatría, y centros hospitalarios especializados en media y larga estancia de personas mayores⁴. 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 incidir en la especialidad MIR en geriatría.

2. Vigilar y controlar el cumplimiento de la normativa legal, en la creación y mantenimiento de centros de atención sociosanitaria privados.

3. 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 éstos. 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 mayor. Se trata de un instrumento más que permita planificar y organizar los escasos recursos a las necesidades reales.

4. Fomentar y ampliar la existencia de indicadores de calidad. Se valora muy positivamente la práctica, iniciada en las residencias públicas, de establecer y complementar indicadores de calidad de los servicios, como una forma de control del adecuado cumplimiento de los protocolos de los profesionales.

5. Mejorar y profesionalizar la dirección/gerencia de los centros asistenciales y hospitalarios para que desde estas instancias se conozcan las especiales características de las personas mayores.

6. 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.

7. Establecer 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 sociosanitaria.

8. Poner en conocimiento de los profesionales en qué consisten las conductas negligentes y abusivas, como

primera medida para que se conozcan, y se puedan develar otras en el caso de que existan.

9. 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.

CONCLUSIONES

La investigación realizada nos permite conocer cuáles son las percepciones de los profesionales que trabajan con las personas mayores en torno a conceptos como negligencia, abuso y maltrato, así como los contextos en que se producen con más frecuencia. Todo ello desde la metodología del grupo de discusión y con independencia de las aportaciones y definiciones que sobre estos temas realiza el mundo científico.

Desde el análisis de sus discursos se pueden categorizar 4 grupos de riesgo:

– El primer grupo estaría constituido por personas mayores ubicadas en el ámbito sanitario, especialmente hospitalario, y que sufren el mayor riesgo de padecer situaciones de maltrato.

– A continuación, en orden descendente, se situaría el grupo de personas mayores que sufren procesos de deterioro cognitivo y que viven en residencias, públicas o privadas.

– En tercer lugar, los que se encuentran en situación de dependencia física, tanto en su domicilio como en instituciones residenciales.

– En último lugar aparece el grupo de personas que recibe servicios sociales y/o sanitarios con características de personalidad frágil o especialmente conformista, y que residen en su domicilio o en instituciones.

Esta categorización de los grupos de riesgo, la descripción de las circunstancias en que se producen los malos tratos, así como sus causas, induce a los diferentes profesionales a sugerir posibles soluciones para prevenir y erradicar estas conductas.

Todos los profesionales destacan la necesidad de recibir una mayor formación en gerontología y en geriatría. Los contenidos geriátricos están ausentes en especialidades sanitarias que atienden cotidianamente a personas mayores. A mayor especialización sanitaria se observa una menor capacitación geriátrica y gerontológica, excluyendo, lógicamente, a los especialistas en geriatría.

Desde las diferentes profesiones se reclama una mayor coordinación entre todos los niveles asistenciales, sociales y sanitarios. Se destaca, asimismo, la utilidad

de elaborar y aplicar protocolos que faciliten una intervención rápida y eficaz ante estas situaciones.

La escasez de recursos sociales, y también sanitarios, se apunta como una de las causas esenciales de las situaciones de maltrato. En consecuencia, el incremento de recursos, y muy especialmente el control de calidad de los servicios, se señala como una de las acciones más importantes para la prevención y erradicación del maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, INPEA. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37:319-31.
2. Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI, 1979.
3. Taylor SJ, Bogdam R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós, 1992.
4. Silva Maúrtua C. Maltrato, medicina y enfermería. *Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología* 2000;16.
5. Gil Calvo E. El maltrato a la vejez [artículo de prensa]. Madrid: El País, 21 de septiembre de 2003.
6. Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38:177-85.
7. Decalmer P, Glendenning F. El maltrato a las personas mayores. Barcelona: Paidós Trabajo Social, 2000.
8. II AME. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2002;37(Supl 2):1-122.
9. Sánchez del Corral F, García-Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I. Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39:64-85.